

Seduta del 2 Febbraio 2016

O.d.G.

- Punto 1** - Comunicazioni del Presidente della Commissione.
- Punto 2** - Approvazione verbale e resoconto della precedente seduta del 26 gennaio 2016.
- Punto 3** - **AUDIZIONI** (come da allegato elenco) in merito a:
Pagr n. 50 "Individuazione del modello assistenziale di rete cure palliative e della terapia del dolore della Regione Veneto. Piano Socio Sanitario regionale 2012-2016 (L.R. 29 giugno 2012, n. 23)".
- Punto 4** - **AUDIZIONI** (come da allegato elenco) in merito a:
Pagr n. 62 "Definizione dei Valori minimi di riferimento per il personale di Emergenza-Urgenza".
- Punto 5** - **AUDIZIONI** (come da allegato elenco) in merito a:
PDL n. 109 "Legge di stabilità regionale 2016"
PDL n. 110 "Bilancio di previsione 2016-2018".
- Punto 6** - **Espressione parere alla Prima Commissione consiliare** in ordine a:
PDL n. 109 "Legge di stabilità regionale 2016"
PDL n. 110 "Bilancio di previsione 2016-2018".
- Punto 7** Servizio di Vigilanza sul Sistema Socio-Sanitario regionale: costituzione gruppo di lavoro per l'approvazione del piano annuale di attività (art. 2, comma 4 legge regionale n. 21/2010 e art. 4 regolamento regionale n. 1/2011).
- Punto 8** - **Parere alla Terza Commissione** in ordine a:
PDL n. 88 d'iniziativa dei Consiglieri Possamai, Rizzotto, Finozzi... relativo a:
"Discipline del benessere e bio-naturali".
- Punto 9** **Illustrazione** in ordine a:

PDL n. 91 d'iniziativa dei Consiglieri Possamai, Barbisan, Montagnoli, Rizzotto, Semenzato e Villanova relativo a:
"Istituzione delle unità operative complesse di psicologia".

Punto 10 **Illustrazione** in ordine a:

PDL n. 92 d'iniziativa dei Consiglieri Possamai, Barbisan, Finco, Montagnoli, Rizzotto, Semenzato e Villanova relativo a:
"Istituzione della figura dello psicologo di base territoriale".

Punto 11 Valutazione dei Direttori Generali delle Aziende Ulss, Ospedaliere e dell'IRCCS Istituto Oncologico Veneto – Anno 2014 (legge regionale n. 56/1994, DGR n. 693/2013).

Punto 12 Varie ed eventuali.

Punto 13 **AUDIZIONI** in merito a:

PDL n. 109 "Legge di stabilità regionale 2016"

PDL n. 110 "Bilancio di previsione 2016-2018"

con le associazioni: ANFFAS, Fish Veneto, Alzheimer Verona

PRESENTI

Fabiano BARBISAN (Zaia Presidente)
Riccardo BARBISAN (Liga Veneta-Lega Nord)
Massimiliano BARISON (Forza Italia)
Patrizia BARTELLE in GRILLO (Movimento 5 Stelle)
Andrea BASSI (Lista Tosi per il Veneto)
Sergio Antonio BERLATO (Fratelli d'Italia)
Jacopo BERTI (Movimento 5 Stelle)
Franco FERRARI (Alessandra Moretti Presidente)
Nicola Ignazio FINCO (Liga Veneta-Lega Nord)
Marino FINOZZI (Liga Veneta-Lega Nord)
Stefano FRACASSO (Partito Democratico)
Antonio GUADAGNINI (Indipendenza Noi Veneto)
Franco GIDONI (Liga Veneta-Lega Nord)
Giovanna NEGRO (Il Veneto da fare - Flavio Tosi)
Orietta SALEMI (Partito Democratico)
Alberto SEMENZATO (Liga Veneta - Lega Nord)
Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)
Alberto VILLANOVA (Zaia Presidente)
Mariano ZORZATO (Area popolare Veneto)
Francesca ZOTTIS (Partito Democratico)

Ass.re Manuela LANZARIN (Zaia Presidente)
Ass.re Luca COLETTI (Liga Veneta-Lega Nord)
**Dott. Jacopo CAPUZZO (Responsabile Quinta Commissione
consiliare)**
**Dott. Carlo GIACHETTI (Capo Servizio Affari giuridici e
legislativi)**
**Dott.ssa Viviana SCHIAVO (Servizio Affari giuridici e
legislativi)**
Dott. Claudio VIGNOTTO (Sezione Bilancio)
Dott. Enrico LUCCHESI (Sezione Bilancio)
Vittorio MORELLO (Presidente AIOP)
Giuseppe Puntin (Vicepresidente AIOP)
Roberto MANENTE (Direttore AIOP)

QUINTA COMMISSIONE CONSILIARE

Francesco AMBROSIO (Direttore Scuola di Specializzazione di Anestesia e Rianimazione "Terapia intensiva e del dolore", Padova)

Franca BENINI (Centro regionale terapia del dolore e cure palliative pediatriche, Hospice Pediatrico, Padova)

Roberto SAIA (Comitato Ospedale Senza Dolore, Azienda Ospedaliera Università di Padova)

Maurizio CHIESA (Società Italiana Medicina di Emergenza e Urgenza, Resp. Pronto Soccorso Ospedale Sant'Antonio, Padova)

Francesco CORA' (Direttivo regionale della SIMEU, Pronto Soccorso di Vicenza)

Michele TRABUCCO (Caritas Diocesane del Veneto)

Silvia TONOLO (Presidente Associazione Malati Reumatici del Veneto)

Barbara MACULAN (Presidente Associazione Mimosa e Cooperativa Equality)

Graziella LAZZARI PERONI (Presidente ANFFAS Veneto - Onlus)

Elvio PISTAFFA (Associazione Alzheimer Italia - Verona)

Maria Grazia FERRARI (Presidente Associazione Alzheimer Verona)

Flavio SAVOLDI (Presidente FISH Veneto)

Presiede

Fabrizio BORON

INDICE DEGLI INTERVENTI

PRESIDENTE	1
Vittorio MORELLO (Presidente AIOP)	1
PRESIDENTE	2
Vittorio MORELLO (Presidente AIOP)	2
Giuseppe PUNTIN (Vicepresidente AIOP)	7
Vittorio MORELLO (Presidente AIOP)	8
Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)	8
Vittorio MORELLO (Presidente AIOP)	9
Giuseppe PUNTIN (Vicepresidente AIOP)	9
Giuseppe PUNTIN (Vicepresidente AIOP)	10
Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)	11
Vittorio MORELLO (Presidente AIOP)	11
Giuseppe PUNTIN (Vicepresidente AIOP)	12
Patrizia BARTELLE in GRILLO (Movimento 5 Stelle)	12
Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)	12
Patrizia BARTELLE in GRILLO (Movimento 5 Stelle)	13
Vittorio MORELLO (Presidente AIOP)	13
Giuseppe PUNTIN (Vicepresidente AIOP)	13
Vittorio MORELLO (Presidente AIOP)	14
PRESIDENTE	14
Francesco AMBROSIO (Direttore Scuola di Specializzazione di Anestesia e Rianimazione "Terapia intensiva e del dolore", Padova)	15
Patrizia BARTELLE in GRILLO (Movimento 5 Stelle)	16
Francesco AMBROSIO (Direttore Scuola di Specializzazione di Anestesia e Rianimazione "Terapia intensiva e del dolore", Padova)	17
Franca BENINI (Centro regionale terapia del dolore e cure palliative pediatriche, Hospice Pediatrico, Padova)	17
Roberto SAIA (Comitato Ospedale Senza Dolore, Azienda Ospedaliera Università di Padova)	18
Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)	24
Francesco AMBROSIO (Direttore Scuola di Specializzazione di Anestesia e Rianimazione "Terapia intensiva e del dolore", Padova)	26
Franca BENINI (Centro regionale terapia del dolore e cure palliative pediatriche, Hospice Pediatrico, Padova)	26
Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)	28
Franca BENINI (Centro regionale terapia del dolore e cure palliative pediatriche, Hospice Pediatrico, Padova)	28

QUINTA COMMISSIONE CONSILIARE

Roberto SAIA (Comitato Ospedale Senza Dolore, Azienda Ospedaliera Università di Padova)	30
Alberto VILLANOVA (Zaia Presidente)	31
Fabiano BARBISAN (Zaia Presidente)	32
Roberto SAIA (Comitato Ospedale Senza Dolore, Azienda Ospedaliera Università di Padova)	33
Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)	34
PRESIDENTE	34
PRESIDENTE	35
Maurizio CHIESA (Società Italiana Medicina di Emergenza e Urgenza, Resp. Pronto Soccorso Ospedale Sant'Antonio, Padova)	35
Francesco CORA' (Direttivo regionale della SIMEU, Pronto Soccorso di Vicenza)	35
PRESIDENTE	35
Maurizio CHIESA (Società Italiana Medicina di Emergenza e Urgenza, Resp. Pronto Soccorso Ospedale Sant'Antonio, Padova)	36
Stefano FRACASSO (Partito Democratico)	41
Maurizio CHIESA (Società Italiana Medicina di Emergenza e Urgenza, Resp. Pronto Soccorso Ospedale Sant'Antonio, Padova)	41
Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)	42
Maurizio CHIESA (Società Italiana Medicina di Emergenza e Urgenza, Resp. Pronto Soccorso Ospedale Sant'Antonio, Padova)	43
Patrizia BARTELLE in GRILLO (Movimento 5 Stelle)	46
Maurizio CHIESA (Società Italiana Medicina di Emergenza e Urgenza, Resp. Pronto Soccorso Ospedale Sant'Antonio, Padova)	46
Patrizia BARTELLE in GRILLO (Movimento 5 Stelle)	47
Alberto VILLANOVA (Zaia Presidente)	48
Maurizio CHIESA (Società Italiana Medicina di Emergenza e Urgenza, Resp. Pronto Soccorso Ospedale Sant'Antonio, Padova)	49
Alberto VILLANOVA (Zaia Presidente)	49
Alberto VILLANOVA (Zaia Presidente)	50
Maurizio CHIESA (Società Italiana Medicina di Emergenza e Urgenza, Resp. Pronto Soccorso Ospedale Sant'Antonio, Padova)	50
Giovanna NEGRO (Il Veneto da fare - Flavio Tosi)	51
Maurizio CHIESA (Società Italiana Medicina di Emergenza e Urgenza, Resp. Pronto Soccorso Ospedale Sant'Antonio, Padova)	51

QUINTA COMMISSIONE CONSILIARE

Maurizio CHIESA (Società Italiana Medicina di Emergenza e Urgenza, Resp. Pronto Soccorso Ospedale Sant'Antonio, Padova)	52
Giovanna NEGRO (Il Veneto da fare - Flavio Tosi)	52
Orietta SALEMI (Partito Democratico)	53
Maurizio CHIESA (Società Italiana Medicina di Emergenza e Urgenza, Resp. Pronto Soccorso Ospedale Sant'Antonio, Padova)	55
PRESIDENTE	56
Maurizio CHIESA (Società Italiana Medicina di Emergenza e Urgenza, Resp. Pronto Soccorso Ospedale Sant'Antonio, Padova)	56
Michele TRABUCCO (Caritas Diocesane del Veneto)	57
Orietta SALEMI (Partito Democratico)	61
Michele TRABUCCO (Caritas Diocesane del Veneto)	62
Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)	64
Michele TRABUCCO (Caritas Diocesane del Veneto)	64
PRESIDENTE	65
Michele TRABUCCO (Caritas Diocesane del Veneto)	66
PRESIDENTE	66
Michele TRABUCCO (Caritas Diocesane del Veneto)	67
PRESIDENTE	67
Silvia TONOLO (Presidente Associazione Malati Reumatici del Veneto)	67
Patrizia BARTELLE in GRILLO (Movimento 5 Stelle)	72
Silvia TONOLO (Presidente Associazione Malati Reumatici del Veneto)	72
Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)	73
Silvia TONOLO (Presidente Associazione Malati Reumatici del Veneto)	73
Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)	74
Silvia TONOLO (Presidente Associazione Malati Reumatici del Veneto)	74
Orietta SALEMI (Partito Democratico)	76
Silvia TONOLO (Presidente Associazione Malati Reumatici del Veneto)	76
PRESIDENTE	77
Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)	77
PRESIDENTE	78
Alberto VILLANOVA (Zaia Presidente)	78
Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)	78
PRESIDENTE	78
PRESIDENTE	79
Barbara MACULAN (Presidente Associazione Mimosa e Cooperativa Equality)	79

QUINTA COMMISSIONE CONSILIARE

PRESIDENTE	82
Barbara MACULAN (Presidente Associazione Mimosa e Cooperativa Equality)	82
Orietta SALEMI (Partito Democratico)	83
Barbara MACULAN (Presidente Associazione Mimosa e Cooperativa Equality)	83
Barbara MACULAN (Presidente Associazione Mimosa e Cooperativa Equality)	84
PRESIDENTE	84
Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)	87
PRESIDENTE	88
Jacopo BERTI (Movimento 5 Stelle)	88
Barbara MACULAN (Presidente Associazione Mimosa e Cooperativa Equality)	89
Jacopo BERTI (Movimento 5 Stelle)	90
Barbara MACULAN (Presidente Associazione Mimosa e Cooperativa Equality)	91
Barbara MACULAN (Presidente Associazione Mimosa e Cooperativa Equality)	91
PRESIDENTE	92
Graziella LAZZARI PERONI (Presidente ANFFAS Veneto - Onlus)	92
Ass.re Manuela LANZARIN (Zaia Presidente)	98
Graziella LAZZARI PERONI (Presidente ANFFAS Veneto - Onlus)	100
PRESIDENTE	100
Graziella LAZZARI PERONI (Presidente ANFFAS Veneto - Onlus)	101
PRESIDENTE	101
Elvio PISTAFFA (Associazione Alzheimer Italia - Verona)	101
Maria Grazia FERRARI (Presidente Associazione Alzheimer Verona)	106
Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)	109
Elvio PISTAFFA (Associazione Alzheimer Italia - Verona)	110
Maria Grazia FERRARI (Presidente Associazione Alzheimer Verona)	112
Orietta SALEMI (Partito Democratico)	113
Maria Grazia FERRARI (Presidente Associazione Alzheimer Verona)	114
Ass.re Manuela LANZARIN (Zaia Presidente)	114
Elvio PISTAFFA (Associazione Alzheimer Italia - Verona)	115
PRESIDENTE	115
Flavio SAVOLDI (Presidente FISH Veneto)	115
Ass.re Manuela LANZARIN (Zaia Presidente)	123
Flavio SAVOLDI (Presidente FISH Veneto)	125

PRESIDENTE	127
Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)	127
PRESIDENTE	128
Ass.re Luca COLETTI (Liga Veneta - Lega Nord)	129
Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)	129
PRESIDENTE	129
Ass.re Manuela LANZARIN (Zaia Presidente)	131
Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)	132
Ass.re Manuela LANZARIN (Zaia Presidente)	132
PRESIDENTE	133
Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)	133
Dott. Claudio VIGNOTTO (Sezione Bilancio)	135
Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)	135
Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)	136
Dott. Claudio VIGNOTTO (Sezione Bilancio)	136
Massimiliano BARISON (Forza Italia)	136
Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)	137
Dott. Claudio VIGNOTTO (Sezione Bilancio)	137
PRESIDENTE	137
Ass.re Manuela LANZARIN (Zaia Presidente)	137
Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)	138
Ass.re Manuela LANZARIN (Zaia Presidente)	139
Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)	139
Ass.re Manuela LANZARIN (Zaia Presidente)	141
Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)	141
Patrizia BARTELLE in GRILLO (Movimento 5 Stelle)	142
Ass.re Luca COLETTI (Liga Veneta - Lega Nord)	143
Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)	143
Ass.re Manuela LANZARIN (Zaia Presidente)	143
PRESIDENTE	143

PRESIDENTE

Grazie a tutti. La Commissione si svolge così come avete avuto già comunicazione via mail, ovvero facciamo le audizioni che voi avete nel retro dell'ordine del giorno, quindi audizioni Pagr. 50, Pagr. 62, e poi sul PDL 109 Caritas e Malati Reumatici, poi la interrompiamo perché ho un altro appuntamento e riprendiamo all'una e mezza e continuiamo con l'Associazione "Mimosa" e l'aggiunta che vi è stata mandata, l'integrazione, che sono ANFFAS, FISH e Alzheimer.

Appena finite queste audizioni ci sarà la discussione - e ci sarà anche l'Assessore - ovviamente sul Bilancio in quanto dobbiamo dare il parere perché è calendarizzato la prossima settimana in Consiglio.

Pertanto iniziamo con le audizioni, il verbale resoconto della Seduta precedente caso mai lo approviamo più tardi appena arrivano gli altri Consiglieri.

Facciamo entrare intanto i rappresentanti dell'AIOP e il tema è: delibera sulle cure palliative.

Buongiorno. Siccome abbiamo una scaletta e dobbiamo rimanere dentro sui tempi, chiedo di contenersi ovviamente dentro il tempo stabilito..

Vittorio MORELLO (Presidente AIOP)

Presidente, mi scusi, qual è il tempo?

PRESIDENTE

15 minuti.

Vittorio MORELLO (Presidente AIOP)

Benissimo.

PRESIDENTE

Se avete un documento scritto, è meglio perché poi lo lasciate agli atti. Prego.

Vittorio MORELLO (Presidente AIOP)

Noi abbiamo predisposto un documento che deve essere un po' perfezionato e lo consegniamo alla Segreteria nel pomeriggio.

PRESIDENTE

Scusate un attimo, vi presentate ovviamente al microfono nome e cognome prima di parlare, perché è tutto verbalizzato e quindi devono sapere chi siete. Se riuscite a dare spiegazione del vostro documento velocemente nel giro di 5-10 minuti perché l'importante è che poi i Consiglieri possano farvi delle domande nel caso lo ritengono corretto. Prego.

Vittorio MORELLO (Presidente AIOP)

Noi siamo l'AIOP, l'Associazione Italiana Ospedalità Privata del Veneto, che è qui rappresentata dal sottoscritto Presidente pro tempore Vittorio Morello, dal ragioniere Giuseppe Puntin alla mia destra, che è il Vicepresidente e anche il delegato esecutivo in AIOP nazionale, e il Direttore dell'Associazione, il dott. Roberto Manente.

Preliminarmente noi vi ringraziamo per averci dato l'opportunità di essere ascoltati in merito al progetto di legge sulla rete della terapia del dolore.

Una brevissima presentazione, proprio tre secondi, dell'AIOP. Noi rappresentiamo 20 strutture private accreditate qui nel Veneto, rappresentiamo l'11% della spesa totale nella sanità ospedaliera nella Regione, eroghiamo con

il 16,5% dei posti letto il 18% delle attività, quindi abbiamo.. Tra parentesi, anche il Veneto non ha case di cure in un numero così elevato come in altre parti d'Italia tanto da essere considerata al 50% rispetto alla media nazionale, questo per darvi un po' le dimensioni della nostra associazione.

Riguardo, invece, a quelle che sono le osservazioni al progetto per l'individuazione del modello assistenziale di rete e le cure palliative volevo fare un brevissimo excursus di questo comparto.

Voi sapete tutti - e vado al riassunto proprio del documento che vi presenteremo - che il 15 marzo la Camera ha approvato con la Legge n. 38 le "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e la terapia del dolore", ed è una legge che, come si legge sul sito del Ministero, per la prima volta tutela e garantisce l'accesso alle cure palliative e la terapia del dolore da parte del cittadino nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza.

I punti salienti di questa Legge sono: di accedere alle cure palliative e la terapia al dolore diventa un diritto del malato; la terapia del dolore viene aggiunta ai livelli essenziali di assistenza; le cure palliative e la terapia del dolore vengono definite come entità diverse tra di loro, quindi si tratta di due segmenti dello stesso comparto, e l'organizzazione delle cure è affidata al sistema delle reti professionali che sono costituite dall'insieme delle strutture sanitarie, sia ospedaliere che territoriali, e da quelle assistenziali di volontariato con la funzione di garantire la continuità delle cure e della struttura ospedaliera al domicilio.

Inoltre, nella Legge vengono individuate le figure professionali delle reti definendo le specializzazioni

considerate formative per la pratica della medicina del dolore. Tra l'altro, considerando che l'assenza di regolamentazione precedente per non escludere chi con una specializzazione diversa da quella indicata in sede di terapia antalgica, include anche i medici che la praticano da almeno tre anni.

Tra l'altro, la Legge - dicevo - ha iniziato a disciplinare una materia, che è la terapia del dolore, che ancora non viene classificata come branca autonoma di specializzazione dal MIUR, ma rientra tra le discipline di perfezionamento e si è sviluppata tradizionalmente con approcci multidisciplinari.

In Veneto, in particolare all'interno del comparto privato accreditato, tale disciplina ha avuto origine oltre 15 anni orsono tanto da qualificare la Regione come una delle più avanzate per casistica e sistemi di approccio e di cura. Storicamente il servizio è sorto spontaneamente all'interno dei servizi di anestesia obbligatori per le strutture autorizzate in chirurgia già con la Legge n. 68 del 30 dicembre '85.

Venendo, poi, al concreto del provvedimento, e a giudizio della scrivente associazione, il modello di rete proposto non appare coerente con l'analisi dei fabbisogni raccomandata nei documenti adottati dalla Conferenza Stato-Regione laddove la distribuzione sul territorio regionale degli "HUB&Spoke" deve essere proporzionato al numero di abitanti salvaguardando le aree territoriali disagiate, in Veneto obiettivamente ce ne sono.

Inoltre, l'identificazione dei Centri terapia del dolore "HUB&Spoke" deve tener conto preliminarmente delle analisi epidemiologiche provenienti dai flussi informativi regionali, perché - ripeto - già nell'arco di questi 15 anni

questo modello di terapia si è sviluppato, come dicevo, spontaneamente, e si sono creati nel tempo dei centri di eccellenza tra l'altro con una fortissima attrazione extraregionale, in particolare la numerosità delle persone affette dal dolore cronico che hanno avuto accesso ad una delle prestazioni di terapia del dolore identificati dal percorso diagnostico terapeutico di terapia del dolore in considerazione di intensità di cura in base al bisogno espresso di salute; la numerosità e la tipologia delle procedure erogate e anche la valutazione delle strutture pubbliche e private accreditate che attualmente già erogano tali prestazioni suddivise per tipologia, volumi di attività, prodotti e esiti di cure.

Alla luce delle criticità sopra esposte, si propone di definire due tipologie di centri "Spoke", di primo e di secondo livello, in funzione dei volumi di attività, alla complessità delle prestazioni erogate e alla presa in carico continuativa del paziente.

Il modello di rete proposto dalla scrivente, pertanto, prevede: i centri "HUB" come identificati dalla DGR che, secondo la Legge, sarebbero gli unici autorizzati a erogare prestazioni in regime di ricovero, e già questo indica fortemente qual è la limitazione di questa normativa; centri "Spoke" di primo livello secondo quanto definito dalla DGR 109; la realizzazione noi proponiamo di centri "Spoke" di secondo livello che, anche sotto il coordinamento dei centri HUB già identificati, possono garantire la gestione del dolore indipendente dalla sua eziopatogenesi, ed operare in piena sinergia con i centri HUB potendo anch'essi continuare l'attività predetta di ricovero per i casi ovviamente che necessitano di questo regime di assistenza.

Tra l'altro, vogliamo segnalarvi, e lo metteremo per iscritto, che dalla nostra rete vi sono già tre centri di eccellenza che fortemente hanno acquisito nel tempo esperienze e professionalità ad erogare questo tipo di terapie, in particolare la Casa di cura di "Santa Maria Maddalena" che eroga oltre 800 ricoveri l'anno nell'ambito della terapia del dolore, di cui l'80% per pazienti extra regionale; la Casa di cura "Madonna della salute", città di Rovigo, che erano 4-500 ricoveri l'anno di cui il 15% provenienti da altre Regioni e, infine, la Casa di cura "Pederzoli" di Peschiera con 400-500 ricoveri l'anno, di cui il 60% e oltre proveniente da altre Regioni.

Tra l'altro, questo patrimonio che si è acquisito di mobilità extraregionale, è particolarmente importante laddove - i dati lo dimostrano - ancora quest'anno, ancora nel 2015, sia pure in risalita, la Regione Veneto registra un tasso di mobilità nel saldo passivo-attivo ancora non ai livelli di qualche anno fa, quindi sta lentamente recuperando la Regione Veneto, sta tornando un centro di attrazione di altre Regioni, ma se si togliesse anche questa rete privata di attività del dolore ritornerebbe agli anni passati con un sostanziale pareggio tra mobilità attiva e passiva.

Infatti la collocazione territoriale di queste strutture, che vi ho appena citato, oltre ad assicurare queste prestazioni ai pazienti veneti, alimenta questa capacità attrattiva e un eventuale disconoscimento di attività porterebbe anche a dei problemi di occupazione del personale dovendo per forza di cose rivedere il proprio assetto organizzativo.

Ho cercato di riassumere il meglio possibile questo documento, verrà prodotto nel pomeriggio e lasciato alla

Segreteria. Lascio la parola anche al ragionier Puntin per eventuali e ulteriori approfondimenti.

Giuseppe PUNTIN (Vicepresidente AIOP)

Solo telegraficamente e sinteticamente, la Legge regionale n. 38 prevede l'istituzione della rete della terapia per il dolore suddividendo i centri, come è stato detto, in "HUB&Spoke".

Più dettagliatamente la Conferenza Stato - Regione definisce i requisiti minimi per le strutture che dovrebbero erogare tali prestazioni, e, nello stabilire questi requisiti, stabilisce in particolare che i centri siano istituiti in funzione della densità demografica, dell'aspetto geografico con rispetto delle zone disagiate, dell'aspetto epidemiologico e soprattutto venga tenuta presente l'attività già svolta da strutture che da tempo si dedicano con profitto a tale attività, quindi il patrimonio tecnico-professionale in tale attività.

Il Piano Socio Sanitario del Veneto prevede la rete così composta in due centri "HUB", che sono costituiti da Treviso e da Verona, e il resto sono tutti centri "Spoke". I centri "HUB" possono fare attività di ricovero, quindi più complessa, i centri "Spoke" solo attività ambulatoriale. Ove ciò fosse, è evidente che gran parte di cittadini della nostra Regione sarebbero costretti a migrazioni improprie per poter essere assistiti.

Quello che noi chiediamo nel rispetto di quello che è stato fatto è solo che i centri "Spoke" siano divisi in due tipologie di centri: di primo e di secondo livello; di primo livello per attività meramente ambulatoriali, e di secondo livello per un'attività più complessa e, quindi, che prevede anche la possibilità di attività di ricovero.

In relazione ha quanto ha testè detto il dott. Morello un momento fa io vorrei ricordare che anche ai fini della mobilità l'associazione di ospedalità private, le istituzioni che abbiamo nel Veneto col 16% dei posti letto attraggono il 44% del saldo positivo della mobilità veneta. Credo che questo sia un dato che da solo commenta al di là di ogni dire le cose, soprattutto, ripeto, con questi centri "Spoke" di secondo livello potrebbero essere conservati patrimonio di professionalità, di conoscenze, di know-how in materia e soprattutto non sarebbero costretti a inutili migrazioni tanti cittadini, che, affetti da questa patologia oltretutto della natura che noi conosciamo, siano soggetti a migrazioni improprie. Grazie.

Vittorio MORELLO (Presidente AIOP)

Siamo a vostra disposizione.

PRESIDENTE

Grazie. Se i Consiglieri hanno qualche domanda, prego.
Consigliere Sinigaglia.

Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)

Grazie. Grazie anche per l'intervento.

Nella delibera che istituisce appunto la rete terapia del dolore vedo che nel provvedimento del novembre 2013 vengono espressamente citate le attività di terapia del dolore presso le seguenti strutture ospedaliere private: Casa di cura "Madonna della Salute", Casa di cura "Pederzoli", Ospedale Sacro Cuore "Don Calabria", quelle che avete citato se non mi sbaglio..

Vittorio MORELLO (Presidente AIOP)

Tranne una che addirittura ne fa di più che è la Casa di cura di "Santa Maria Maddalena", comunque è così, il provvedimento parla di questo.

Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)

Quindi, voi dite, poi, nella suddivisione "HUB&Spoke" questo è stato il riconoscimento che in ogni caso è stato dato nel 2013, poi nella successiva distinzione "HUB&Spoke" - quando si parla di centri "Spoke" - si parla sostanzialmente di interventi diagnostici, terapeutici, eccetera, senza definire.. Solo gli "HUB" sono predisposti per, invece gli "Spoke" hanno un altro tipo, quindi siccome gli "HUB" sono Treviso e l'Azienda integrata di Verona voi sareste tagliati fuori con questa formulazione.

Giuseppe PUNTIN (Vicepresidente AIOP)

Tagliati fuori, esatto.

Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)

Però vorrebbe dire che anche l'Hospice Pediatrico verrebbe tagliato fuori, quello di Padova, quindi bisogna riscriverla in maniera tale da coinvolgere e comprendere anche quello, perchè nel passaggio da una formulazione all'altra viene praticamente messo in discussione.

Vittorio MORELLO (Presidente AIOP)

Vorrei chiarire esattamente questo con una cosa pratica. La terapia del dolore, che, ripeto, non è una branca autonoma, ma è una specialità di approfondimento clinico, è una branca molto interdisciplinare che nasce affianco magari di tante altre attività. Un esempio lampante è quello della chirurgia

vertebrale, chi si occupa di chirurgia vertebrale - possono essere sia ortopedici, che neurochirurghi - deve anche far fronte ai problemi del dolore del paziente nell'arco magari di un percorso molto lungo che va appunto da una diagnosi, dalle prime cure di terapia del dolore fino all'intervento chirurgico. Togliere questa parte a chi effettua questo tipo di chirurgia è veramente tornare indietro di 20 anni. Quindi sono assolutamente discipline interconnesse e spezzettarlo in un territorio dicendo a un paziente: "Ma, io ti faccio l'intervento di artrodesi, poi vai al centro di terapia del dolore", magari un paziente che viene dalla Calabria, tanto per essere sintetici, è una cosa completamente - lasciatemelo dire - assurda. E questo l'ho detto per una, ma può essere ripetuto. Oltretutto, è un processo che va avanti con tantissimi altri comparti della sanità.

E aggiungo anche questo: i nostri professionisti privati, tra virgolette, hanno creato una rete con i medici pubblici del settore assolutamente spontanea e so che dialogano tra di loro, partecipano a convegni, a simposi, è diventata quasi una rete naturale che proprio cerca di aiutare in primis il paziente e metterlo al centro per cercare di risolvere i problemi. Andare a riordinare la rete in forma, come dire, autoritaria e in questa maniera spezza questi legami anche che si sono creati.

Giuseppe PUNTIN (Vicepresidente AIOP)

In buona sostanza, questi centri che già fanno, e fanno proficuamente questa attività umanamente e generalmente riconosciuta, verrebbero ricondotti e mortificati a un'attività meramente ambulatoriale. Noi chiediamo, invece, che vengano posti requisiti tali per cui vengano date garanzie ai pazienti di avere un'assistenza completa, ma si

tenga poi presente il patrimonio di esperienze, di professionalità, di conoscenze e di know-how maturato negli anni in questo settore, e si evitano in tal modo anche migrazioni improprie da parte dei pazienti.

Mi dite voi che senso ha che uno parta dal profondo Polesine per andare a curarsi a Treviso o a Verona quando hanno in casa la possibilità di essere curati con minor disagio e senza nessun aggravio di costi? Questo è il tema.

Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)

I costi. Cosa vuol dire? Cosa significa avere il riconoscimento? Vuol dire che la Regione deve stanziare un ulteriore budget per oppure..?

Vittorio MORELLO (Presidente AIOP)

Noi abbiamo innanzitutto dei budget rigidi, ammontano attualmente complessivamente a 494 milioni di euro. Non vi ricordo le decurtazioni che abbiamo avuto, non siamo certamente qui a aprire questo tavolo, ma noi all'interno dei nostri budget eroghiamo già queste prestazioni. In più, in quote anche molto importanti, eroghiamo prestazioni in mobilità attiva, quindi non a spese delle Regioni, ma a spese delle Regioni di appartenenza perché i nostri centri, tra l'altro, sono riconosciuti tra i migliori a livello nazionale.

Quindi i costi per la Regione sono pari a zero, nel senso che non c'è nessun costo aggiuntivo; viceversa, togliendo queste unità, verrebbe a decurtarsi innanzitutto il patrimonio professionale, non verrebbero più fatte queste attività in mobilità attiva, quindi si perderebbe questo saldo di mobilità che è pur sempre molto importante in una Regione come vuole essere la Regione Veneto, e cioè in prima

attività per quello che riguarda questo settore, quindi dal nostro punto di vista vediamo complessivamente con questo progetto di legge una perdita del comparto nella Regione Veneto.

Giuseppe PUNTIN (Vicepresidente AIOP)

Una perdita di qualificazione.

Vittorio MORELLO (Presidente AIOP)

Di qualificazione, esatto. Per non parlare, poi, della possibile fuga perché nelle zone diciamo rivierasche della Regione i fenomeni di mobilità passiva dovuti alla contiguità di altri centri, di cui prima parlava il ragionier Puntin, cioè delle migrazioni improprie, sarebbe un'ulteriore perdita per la Regione che dovrebbe pagare comunque le prestazioni al di fuori del proprio territorio.

PRESIDENTE

Consigliere Bartelle, prego.

Patrizia BARTELLE in GRILLO (Movimento 5 Stelle)

Buongiorno a voi. Una semplice considerazione, poi aiutatemi a capire se è sbagliato il filo logico con la quale la sto esponendo.

Allora, non a caso voi avete citato due strutture presenti nella Provincia di Rovigo, "Santa Maria Maddalena", adesso non ricordo il nome della struttura..

Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)

"Madonna della Salute".

Patrizia BARTELLE in GRILLO (Movimento 5 Stelle)

"Madonna della Salute", ma quella di "Santa Maria Maddalena" anche, l'altra. Non a caso, io dico, abbiamo queste due strutture che offrono questo tipo di servizio, in quanto se ben ricordo circa 30 anni fa Rovigo, l'Ospedale Civile di Rovigo è stato uno dei primi ospedali pubblici ad offrire questo tipo di cure alternative, le chiamavano in un'altra maniera mi ricordo..

Vittorio MORELLO (Presidente AIOP)

Palliative.

Patrizia BARTELLE in GRILLO (Movimento 5 Stelle)

Palliative. C'era un professore - adesso mi sfugge il nome - che appunto si impuntò a voler questa cosa, quindi..

Giuseppe PUNTIN (Vicepresidente AIOP)

L'ex Sindaco di Rovigo..

Patrizia BARTELLE in GRILLO (Movimento 5 Stelle)

No. Mi riferisco a chi l'ha creato, quando stava ancora nei sottofondi, avevano un paio di ambulatori quasi carbonari ed era ancora peccato allora parlare di agopuntura, di cose non..

..Sono stata una delle primi fruitici, mi ricordo di questa cosa. Allora volevo sottolineare che non a caso sono sicuramente nate queste specialità nel nostro territorio, perché c'era un ospedale pubblico che ha iniziato a far capire e a far conoscere alla gente che ci sono delle possibilità alternative a quelle ufficiali. Quindi un traino molto forte è dato dalla salute pubblica e dagli ospedali pubblici.

Pertanto, il discorso che lei faceva poc'anzi che non vogliamo che i cittadini dal profondo Polesine si spostano da una parte si può anche invertire che magari se nelle altre Province italiane, scusatemi, nelle altre Province venete la sanità pubblica inizia ad offrire questo servizio, sicuramente c'è una conoscenza e ci potrà essere eventualmente un'interazione e integrazione. Questo è un appunto verso sempre a una maggiore presenza della sanità pubblica.

Vittorio MORELLO (Presidente AIOP)

Quello che dice lei è correttissimo. Adesso il medico di cui parlava prima francamente non lo conosco.

Consideri che successivamente ci fu il dott. Piva, Primario dell'Ospedale di Rovigo, che poi è diventato Sindaco, che ha iniziato la terapia del dolore, prima si facevano cure palliative che era una cosa un po' diversa, ma non voglio addentrarmi in questo. Però è vero che in Provincia di Rovigo sono sorti questi centri anche sulla spinta evidentemente.., però poi le strutture private, anche per limite di budget, hanno dovuto e voluto acquisire professionisti che facessero da attrazione da altre Regioni, cosa che poi è avvenuto nel tempo e è diventata la Provincia di Rovigo particolarmente esperta in questo ambito, è conosciuta per quello e noi chiediamo che non venga disperso un patrimonio acquisito nell'arco addirittura di 30 anni. Io ero rimasto a 15, perché la mia memoria arriva a quello.

PRESIDENTE

Bene. Ci sono altre domande? Nessuna. Grazie.

Mandateci, quindi, il documento perché allora rimane agli atti e poi i Consiglieri possono ovviamente leggere e porre eventuali modifiche. Grazie e buona giornata.

Continuiamo con le audizioni.

Se volete accomodarvi, prego, e sempre col microfono acceso parlate al microfono perché registrano e verbalizzano tutto. Prima di parlare ovviamente vi presentate, poi date spiegazione e se poi avete un documento di quello che dite lo lasciate alla struttura, e avete il tempo di 5-10 minuti per illustrare la vostra posizione, poi i Consiglieri potranno farvi qualche domanda, quindi cerchiamo di contenerci entro il tempo. Grazie.

Francesco AMBROSIO (Direttore Scuola di Specializzazione di Anestesia e Rianimazione "Terapia intensiva e del dolore", Padova)

Grazie. Per ordine alfabetico parlo per primo. Mi chiamo Ambrosio Francesco, con me c'è il collega Benini Franca e il dottor Saia Roberto.

Ringrazio i Consiglieri e il Presidente della Commissione della audizione che noi abbiamo richiesto in ordine alla delibera di Giunta n. 109 del dicembre 2015.

Semplicemente io vengo qui a parlare in qualità di Direttore della Scuola di anestesia e rianimazione terapia intensiva e del dolore, che tale è la denominazione che ha assunto a livello nazionale da un anno, dal febbraio dell'anno scorso per l'esattezza, chiedendo una revisione se possibile di un aspetto che ci ha colpito piuttosto in maniera intensa, e cioè il fatto che nella delibera di Giunta, che parla della rete di terapia del dolore e cure palliative nel Piano Socio Sanitario regionale, strutture di terapia del dolore - parlo della rete di terapia del dolore nella fattispecie - siano

previste in moltissime strutture, mentre nell'Azienda Ospedale Università di Padova non sia prevista alcuna struttura di questo tipo.

Al di là del discorso struttura declinata in una certa maniera o nell'altra, che ovviamente non è mio compito dire, volevo solo sottolineare l'importanza di una possibilità assistenziale in una struttura in cui si fa didattica e formazione ai futuri medici, e soprattutto nella scuola di specializzazione che ha assunto anche il nome di "Terapia del dolore" e che si troverebbe in qualche modo diciamo scoperta da questo punto di vista, perché insegnare a parole si può fino a un certo punto, ma poi bisogna insegnare anche nella pratica.

A Padova esistono tante realtà che si sono occupate di dolore, non solo l'anestesia, anche la reumatologia, anche la neurologia e via dicendo, e tutte queste potrebbero trovare una collocazione diciamo così pratica sul problema clinico del dolore in una qualsivoglia situazione strutturale che ovviamente - ribadisco - non sta a me decidere, ma questo ci darebbe la possibilità di portare avanti la didattica, e la ricerca anche, tramite l'assistenza che diventa imprescindibilmente congiunta a essa.

Io mi fermo e lascio la parola ai colleghi.

Patrizia BARTELLE in GRILLO (Movimento 5 Stelle)

Mi scusi, può ripetermi il suo nome che mi è sfuggito?

Francesco AMBROSIO (Direttore Scuola di Specializzazione di Anestesia e Rianimazione "Terapia intensiva e del dolore", Padova)

Sono Ambrosio Francesco, sono il Direttore pro tempore della Scuola di Specializzazione.

Franca BENINI (Centro regionale terapia del dolore e cure palliative pediatriche, Hospice Pediatrico, Padova)

Buongiorno a tutti. Grazie per l'opportunità.

Mi chiamo Franca Benini, sono un medico pediatra anestesista, gestisco attualmente il Centro regionale di terapia del dolore e cure palliative pediatriche, l'Hospice Pediatrico rivolto a una categoria molto fragile, che è quella dei bambini, bambini che rappresentano peraltro il 16% della popolazione.

La mia venuta qui si collega un po' ad una richiesta, perché, come voi sapete, la Legge 38 e successivi emendamenti, prevedono tre reti: una rete per l'adulto per il dolore, una rete per l'adulto per le cure palliative, e una rete unica cure palliative e terapia del dolore per i minori questo perché è completamente diverso gestire la malattia nel bambino e nell'adulto.

La storia nel Veneto è lunghissima, siamo stati i primi, l'Hospice è l'unico e il primo in Italia, sette Regioni lo stanno aprendo adesso. Come Centro di dolore siamo partiti in tre al mondo: uno in Kansas, uno al Great Ormond Street e uno a Padova.

Questo Centro in questo momento ha in carico più di 100 bambini al giorno, è come un ospedale liquido dove i bambini sono degenti, però a casa loro, e ha un'attività h24 medico ed infermieristica, lavora con tutte le ASL e con tutti gli ospedali del Veneto.

La mia richiesta è quella di riconoscere questa entità che a livello internazionale di riferimento sia per quanto riguarda la formazione, sia per quanto riguarda la ricerca scientifica, e riconoscere il ruolo di unità complessa sia per la tipologia di lavoro svolto, e anche soprattutto per la credibilità che a livello nazionale ed internazionale ha. Vi ringrazio.

Roberto SAIA (Comitato Ospedale Senza Dolore, Azienda Ospedaliera Università di Padova)

Buongiorno a tutti, grazie.

Mi chiamo Roberto Saia, sono un medico e da 45 anni esercito la professione, per così dire, in prima linea, cioè a contatto con i pazienti. Attualmente sono componente del Comitato Ospedale Senza Dolore dell'Azienda Ospedaliera Università di Padova.

Vado subito al nocciolo della questione. Padova, Azienda Ospedaliera Universitaria è stata negli ultimi 15 anni penalizzata ed umiliata, in particolare nel settore della terapia del dolore.

Nelle precedenti schede sanitarie regionali il Veneto è stato diviso in occidentale con punto di riferimento Verona, e Veneto orientale con punto di riferimento Treviso, Padova mi pare non fosse neanche citata.

Nelle nuove schede Verona rimane punto di riferimento per il Veneto occidentale, Treviso per il Veneto orientale, Padova è stata citata questa volta. L'Unità Sanitaria Locale dipende da Treviso. Non so se sia una vista, a me sembra più una cecità completa.

Le funzioni e le competenze di una Università sono quelle di provvedere all'insegnamento, all'organizzazione dei master,

dei corsi di aggiornamento, e di provvedere a formare docenti come missione propria di una Università.

Se Verona e Treviso si sono dimostrate all'altezza della situazione complimenti, nessuno chiede di togliere competenze a chi se le merita, ci mancherebbe. Ma allora diamo a Cesare quel che è di Cesare e istituiamo a Padova una struttura di riferimento come si merita una Università prestigiosa in campo mondiale e un'Azienda Ospedaliera fra le più quotate d'Italia.

L'Università dovrebbe fornire i docenti e con l'Azienda Ospedaliera, lo IOV e l'Unità Locale Sanitaria dovrebbe attivare un ambulatorio multidisciplinare sul quale dovrebbero convergere a turni prestabiliti medici provenienti da varie specialità e da vari reparti in modo che i pazienti non debbano cambiare protocolli terapeutici ogni volta che dimessi vengano presi in cura da altri soggetti. I casi andrebbero discussi dall'incontro dei medici che esaminano il paziente e non che il paziente venga inviato da ipotetici consulenti che non si interfacciano tra di loro facendo girare il paziente stesso a vuoto e con scarse probabilità di successo.

Detto questo, farei una precisazione se mi consentite. I miei due illustri colleghi non hanno bisogno di credenziali perché il prof. Francesco Ambrosio è Direttore della Scuola di Specializzazione in Anestesia e Rianimazione "Terapia intensiva e del dolore" presso l'Università di Padova, la dott.ssa Franca Benini è Responsabile del Centro regionale Pediatrico cure palliative terapia del dolore pediatrico, invidiatoci tra l'altro da tutta Italia, e anche all'estero, e questi prestigiosi incarichi istituzionali sono di per sé le credenziali delle loro competenze in materia.

Io, invece, sono meno conosciuto e gradirei fare tre considerazioni in questo mio breve intervento.

Prima. In questi 45 anni io ho vissuto da vicino il fenomeno dolore, il dolore degli altri ovviamente. Due anni ho lavorato al Centro Ustioni e gli ustionati sanno cos'è il dolore, specialmente i folgorati, poi 13 anni ho fatto il chirurgo generale e naturalmente chi viene operato all'addome e al torace sa cos'è il dolore. Inoltre, per 8 anni sono stato responsabile dei servizi di Protezione Civile nell'Azienda di Padova e mi sono fatto i terremoti del Friuli, dell'Irpinia tirando fuori qualche vivo, tanti morti, e assistendo poi nel post terremoto quelli sopravvissuti. Per 8 anni sono stato istruttore dei militi della Croce Verde, quelli che ci vengono a raccattare con le ambulanze.

Poi abbandono dell'ospedale per il dolore che ha colpito anche gli affetti in famiglia, mia moglie ha avuto un aneurisma cerebrale e un'emiparesi sinistra, due bambini piccoli.. Allora i chirurghi stavano in sala operatoria dal lunedì fino al lunedì successivo, quindi per 30 anni faccio attività privata di chirurgia odontoiatrica. Da quattro anni sono componente del Comitato Ospedale Senza Dolore come esperto esterno. Credo possa bastare come esperienza per avere una minima competenza in materia di dolore.

Seconda considerazione. La mia credibilità. Pur lavorando in prima linea in 45 anni non ho avuto alcuna denuncia e pur nella mia età avanzata fatico a seguire la quantità di pazienti che ancora chiedono di essere curati da me.

Come componente del Comitato non percepisco alcuna remunerazione, nessun gettone di presenza, nessuna prebenda, nulla. Non ho interessi privati, né leciti né a maggior ragione illeciti, né posizioni di carriera da raggiungere.

Sono un osservatore esterno, un cittadino qualunque che con l'occhio imparziale valuto chi in silenzio da anni continua a lavorare lottando contro la burocrazia e i mille problemi che incombono sul settore sanitario.

Non vorrei che i cervelli migliori se ne andassero dalla nostra Regione. I miei, i vostri figli e i nipoti devono ancora trovare nel territorio personale sanitario e docente come la dott.ssa Benini, a cui hanno offerto dei primariati in più strutture sanitarie italiane, o peggio, in pensione anticipata come ventilava il prof. Ambrosio, spero scherzando.

Meritano l'incarico apicale per poter esercitare al meglio e nella massima libertà la loro attività senza interferenze da parte di terzi. Non mancano al Consiglio regionale i mezzi legali per superare gli inghippi burocratici.

Faccio quello che già più di 2 mila anni fa nell'antica Grecia a Atene veniva chiamata "dochimasia", o "docimasia": chiunque volesse presentarsi candidato a cariche istituzionali prima di ogni altra cosa veniva valutato dai propri vivi il comportamento come cittadino rispettoso delle regole sociali e poi si parlava degli incarichi. Sarei contento se prese le debite informazioni confermate per questi due colleghi le mie considerazioni. Parlo ovviamente a titolo personale, non rappresento alcuna istituzione che manovri con le redini le mie considerazioni.

Terza considerazione. Farmaci cannabinoidi, terapia del dolore, cannabinoidi. La legge italiana dal 2007 permette la prescrivibilità di farmaci cannabinoidi da parte di tutti i medici con spesa a carico del paziente, sono 700, 1200 euro al mese, pensate un pensionato come si può procurare una terapia del genere.

La Legge regionale veneta - la nostra - la numero 38/2012 ha autorizzato il Sistema sanitario regionale a prendersi carico della spesa, poi è arrivato il regolamento applicativo e ha di fatto cassato la legge motivando la decisione con una mancanza di evidenze scientifiche. Il rimborso avviene solamente per pazienti affetti da grave spasticità di lesioni midollari che non abbiano risposto a terapie raccomandate e prescrivibili solamente da uno specialista neurologo. Onestamente mi troverei in imbarazzo a confrontarmi con chi ha licenziato questo provvedimento.

La Legge regionale 38/2012 - la nostra - all'articolo 1 al comma 2 parla di specialista, non di specialista neurologico.

Lo spirito con cui i Legislatori hanno licenziato la legge era che lo specialista fosse quello specifico del dolore o della specialità inerente a quel dolore. Faccio parte di chi ha passato giorni e notti a interfacciarsi con i Legislatori per l'approvazione.

Tra l'altro, pari Commissioni di altre Regioni ne hanno votato la presa a carico da parte della Regione.

Allora, pur nel rispetto della deontologia e della preparazione scientifica dei componenti la Commissione nostra, di cui non mi permetterei di metterne in dubbio la competenza, viene spontanea una domanda come cittadino e come medico: quali criteri avranno seguito i componenti la Commissione della Regione Toscana che hanno approvato delle indicazioni terapeutiche molto più ampie di quella Veneta? Non parliamo di politici che possono avere visioni diverse, parliamo di medici, chimici e farmacisti che si presume debbano arrivare a conclusioni scientifiche univoche.

Non chiedo al mondo scientifico o politico di sconvolgere la farmacologia, ma mi chiedo: è un problema di budget o è un

problema di principio trattandosi anche di sostanze di uso ludico?

Allora diciamolo chiaramente senza nasconderci dietro ad un dito e cerchiamo di trovare una soluzione. Per esempio, pretenderei si desse la possibilità ai medici, seguendo i regolari processi diagnostici e terapeutici, di poter stabilire se quel paziente può o non può essere candidato a una terapia con i cannabinoidi. Il medico prescrive, il paziente acquista i cannabinoidi a proprie spese, 200 euro per 5 grammi. Dopo un certo periodo - settimane, mesi - su motivata e relazionata risposta terapeutica il Sistema sanitario regionale si prende o meno in carico la spesa.

Poche settimane fa il Ministero della Sanità ha già mandato in giro le schede che il medico deve seguire per poter fare una anamnesi, una raccolta dei dati di quel paziente.

Se a qualcuno questo argomento interessasse, gli posso inviare un rapido excursus di una serie di diapositive.

Ampliando questa considerazione, aggiungo: siamo in un periodo di contingenza finanziaria, ma allo stesso tempo non vogliamo perdere le nostre eccellenze mediche. Abbiamo decine di medici di alto valore professionale che annualmente vanno in pensione, ospedalieri, universitari con un bagaglio di esperienza irripetibile, frutto di una vita lavorativa e molti di questi con un quoziente di memoria sicuramente non di un ventenne, ma di gran lunga sufficiente a trasmettere esperienza ai colleghi più giovani. E allora teniamo i migliori a affiancare i giovani medici nei vari reparti. Molti fra quelli che io ho contattato sono disponibili senza remunerazione alcuna a dedicare un certo numero di ore gratuitamente nelle nostre corsie e non per curare i pazienti direttamente creando problemi burocratici a non finire, ma per consigliare i più giovani in alcune

scelte diagnostiche terapeutiche e sono convinto che, tra l'altro, potrebbero contribuire a evitare molti contenziosi con i pazienti perché spesso si finisce in Tribunale per mancanza di comunicazione con pazienti e parenti e qualche consiglio dei vecchi colleghi aiuterebbe sicuramente.

Concludo con quanto ha scritto la Giunta regionale nella delibera 109: "...il nuovo Piano Socio Sanitario regionale pone al centro la persona nella considerazione che la salute è un patrimonio della collettività, che le scelte della politica debbano privilegiare la tutela della salute, che il dovere civico della salute è basato su doveri di solidarietà sociale e che se per ciascun cittadino l'impegno a proteggere la propria salute è un dovere civico, per gli operatori sanitari è anche un dovere etico-professionale, e che l'umanizzazione - ripeto, umanizzazione - deve essere un vincolo pregnante del sistema salute.".

Grazie per la pazienza, scusate la foga e, se posso farvi una cortesia, non dimenticate questi concetti che mi sono permesso di esprimere. Grazie.

PRESIDENTE

Ovviamente se poi lasciate tutta la documentazione alla struttura, vi ringraziamo.

Qualche Consigliere vuole intervenire? Prego consigliere Sinigaglia.

Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)

Se posso, intanto vi ringrazio per quanto avete esposto.

Mi è più chiaro un passaggio, meno chiaro dopo come dovremmo intervenire in un altro.

Intanto praticamente voi contestate in qualche modo il riconoscimento di due "HUB" che trascura l'"HUB" legato

all'Hospice Pediatrico, sostanzialmente vorreste un riconoscimento come "HUB" anche dell'Hospice Pediatrico, che è citato nella delibera del 2013, ma che non viene più citato poi nella distinzione "HUB&Spoke" nel provvedimento che definisce la rete. E su questo insomma mi sembra di avere le idee chiare.

Fra le altre cose vorrei capire anche in questo momento come siamo messi con il personale per l'Hospice Pediatrico perché so che era uno dei temi a voi caro e che avete evidenziato - quello della mancanza di personale - anche tempo fa, non so se è arrivata qualche risposta oppure no, quindi su questo mi sembra di aver colto insomma la richiesta.

A parte che abbiamo presentato anche una modifica della legge sull'uso dei cannabinoidi e quindi magari potremmo utilizzare questa modifica della legge per inserire un passaggio che sia più dettagliato su come impostare l'utilizzo, ma non mi è ben chiaro come poi vorreste modificare la rete. Non ho capito se è una richiesta per l'Azienda, per l'Università di tipo formativo come "HUB" in qualche maniera, e se è una richiesta proprio di riconoscimento all'Azienda di "HUB" come Treviso e come Verona, se è una richiesta di riconoscimento della struttura oppure se è una richiesta di funzione, richiesta di riconoscimento come funzione che in ogni caso Padova ha esercitato, esercita e continuerà a esercitare, proprio perché dopo abbiamo la necessità di tradurlo nel momento in cui discuteremo in una proposta.

Francesco AMBROSIO (Direttore Scuola di Specializzazione di Anestesia e Rianimazione "Terapia intensiva e del dolore", Padova)

Io ho fatto presente la situazione che prevede l'attività di formazione legata all'assistenza. Non sto qui a discutere l'"HUB" Treviso o Verona anche perché ci sono delle normative nazionali che sono state recepite e via dicendo, però l'esistenza di un qualcosa che, diciamo così, declinato nelle maniere più opportune anche all'interno dell'Azienda per continuare a svolgere questa attività di formazione mi pare una cosa opportuna altrimenti ci si troverebbe scoperti. Io ho sottolineato la Scuola di specializzazione, ma del resto la formazione di terapia del dolore come la formazione delle cure palliative è prevista dalla Legge nazionale sul dolore, quella del 2010, la Legge 38/2010, anche per gli studenti di Medicina, del Corso di laurea di Medicina. In più, ci sono i corsi di master sul dolore, sulle cure palliative e i corsi di perfezionamento.

È chiaro che tutto questo senza un humus assistenziale su cui, poi, implementare la parte didattica frontale verrebbe a crollare o verrebbe meno, quindi non dico "HUB Padova", per carità, ci sono - come ribadisco - delle norme a numeri di popolazione e via dicendo, ma il riconoscimento di poter esplicare un'attività assistenziale che altrimenti, non essendo riconosciuta nelle tabelle, non può essere fatta o fatta insomma con una scarpa e uno zoccolo come si dice in Veneto.

Franca BENINI (Centro regionale terapia del dolore e cure palliative pediatriche, Hospice Pediatrico, Padova)

Praticamente noi siamo l'unico "HUB" riconosciuto per quanto riguarda la parte pediatrica. A noi fanno riferimento tutti

i bambini nel Veneto che hanno un dolore speciale, particolarmente difficile, che sono circa il 10% di tutto il dolore pediatrico, e fanno riferimento tutti i bambini che hanno inguaribilità e altissima complessità gestionale, sono i bambini legati a strumenti salvavita: ventilatori, dialisi peritoneale, infusione continua di farmaci. Fino a poco tempo fa questi dovevano stare in rianimazione, sono comparse anche sui giornali delle storie di bambini che vivevano al di fuori della porta della rianimazione per otto, dieci anni.

Attualmente la situazione è completamente cambiata, con la rete e non è certo merito mio, ma è merito di chi lavora sul territorio, dei pediatri di famiglia, dei medici di Medicina Generale, abbiamo stravolto la possibilità. Questi bambini vivono a casa, in rete continuativa e hanno la possibilità di continuare a crescere, perché la grossa differenza fra pediatrico e adulto è che il pediatrico solo nel 15 % sono bambini oncologici, tutto il resto è dato da una miscellanea pazzesca di bambini che hanno malattie inguaribili e che vivono e che continuano a crescere, e buona parte di questi sono cognitivamente adeguati. In Veneto oggi ce ne sono come minimo 750 e questa statistica è stata tirata fuori da uno studio preliminare fatta con il Ministero della Salute al Veneto proprio perché è quella che aveva tutti gli strumenti per poterlo fare.

Quello che è drammatico è uno studio fatto dal Governo inglese, che stiamo valutando anche noi, e i primi dati lo confermano, che c'è un aumento di prevalenza di questi bambini pari all'1% anno, quindi è una nuova tipologia di bisogno, una nuova tipologia di bambini che hanno un dolore difficile, che vaga, chi trova la soluzione molto spesso

finisce nelle medicine alternative e i bambini inguaribili che purtroppo finiscono in ambito critico.

Abbiamo una grossa sfida: poterli far rimanere a casa, dare il massimo di qualità della cura, dare il massimo del risvolto sociale. Vi ho preparato un memorandum dove ci sono degli indicatori, sono indicatori di esito, di processo e di struttura e tutti questi sono positivi e penso che il riconoscimento di una complessità assistenziale, di un centro che lavora su tutto il territorio, noi abbiamo dell'equipe che girano tutto il giorno a fare consulenze in tutte le terapie intensive permette di dare altissima competenza, di far rimanere il paziente a casa e di permettere ai colleghi che hanno altre formazioni di avere un tutoraggio sul campo, perché siamo noi che ci spostiamo e andiamo all'Ospedale di Treviso o di Verona oppure a casa dei pazienti e lavoriamo con tutti e diamo un tutoraggio h24.

Attualmente noi siamo sede dell'unico master italiano di governance clinica nel dolore e nelle cure palliative pediatriche e lo stiamo approntando in sette Regioni italiane, e abbiamo mandato anche tutto il materiale all'OMS con il quale stiamo collaborando, e una rettifica è stata mandata anche all'ONU.

Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)

Scusi, col personale come siete messi?

Franca BENINI (Centro regionale terapia del dolore e cure palliative pediatriche, Hospice Pediatrico, Padova)

Sul memorandum c'era scritto tutto. Allora, abbiamo il grosso problema, abbiamo lavorato tantissimo per dimostrare

che non era una velleità e devo dire che porto il lavoro di tante persone che hanno lavorato in silenzio.

Attualmente noi abbiamo una doppia reperibilità medico-infermeristica, Hospice 4 posti con tempi di degenza di quattro giorni perché noi vogliamo che i bambini vadano a casa e abbiamo un 75% di morte a domicilio su bambini gravissimi.

Abbiamo una riduzione dei ricoveri in giorni in terapia intensiva - troverete tutti i dati - riduzione del numero dei ricoveri e questo, a parte l'esito da un punto di vista economico, è soprattutto qualità della vita dei pazienti, e le mamme - elemento fragile - riprendono a lavorare nel 75%, riprendono il loro ruolo a livello di società e noi l'abbiamo messo come un indicatore e riproposto come indicatore.

Abbiamo raggiunto a livello anche sociale delle possibilità enormi di frequenza di questi bambini a scuola.

Abbiamo più del 75% che vive fino agli ultimi dieci giorni in ambito sociale e questo diventa drammaticamente importante quanto parliamo di adolescenti.

Bene. Tutto questo - e in più facciamo ricerca, formazione, abbiamo due master - è tenuto su da tre medici strutturati, gli altri quattro, tre a volte, vengono pagati su fondi di ricerca o su donazioni. Abbiamo un volontariato che raccoglie molti fondi e questo ci gratifica, e 13 infermiere.

Tutto il resto viene gestito su fondi di ricerca oppure su donazioni che vengono date di volta in volta e questo pone un grosso rischio che io mi sono permessa di scrivere: perdere delle competenze, competenze costruite in anni e che non è facile da trovare perché Centro di formazione e

competenza per l'Europa del sud e per l'Italia in particolare siamo noi.

Roberto SAIA (Comitato Ospedale Senza Dolore, Azienda Ospedaliera Università di Padova)

Quello che mi piace della dott.ssa Benini è che parla di ospedale liquido, non sono più i malati che vanno in ospedale, ma è l'ospedale che va a casa, e questo credo che sia il futuro.

Mi pare di aver capito per i cannabinodi che voleva capire quale poteva essere la soluzione, quale poteva essere un problema da sviluppare. Il problema è che la decisione che un paziente debba essere sottoposto a terapia con i cannabinoidi è un problema prettamente sanitario e va dato esclusivamente al medico, al medico specialista, magari in un ricovero, in un day-hospital, quello che si vuole, per impedire come sta succedendo che chiunque lo prescrive, perché lo sta prescrivendo chiunque solo che prescrivono invece che farmaci e con l'AIC, con l'immissione in commercio, prescrivono dei galenici e quindi chiunque li può prescrivere. E chi è che controlla? Chi raccoglie i dati? Vanno tutti perduti.

Come libero professionista è rarissimo che prescriva, perché i miei dati non devono andare persi, quindi queste cose qui le devono fare in una unità che raccolga questi dati e per arrivare al nocciolo della questione quello che si chiede e per la pediatria e per l'adulto è un'unità operativa complessa, perché sono unità operative complesse quelle che devono fare queste determinate cose.

Quindi "HUB" o non "HUB", "Spoke", "Spik" e "Span", lasciamole pure da parte, ma diamo delle competenze. Se Padova è Padova e c'è l'Università e ha tutte queste

competenze, non perché viene raccomandata, ma perché le ha, diamole unità operativa complessa per l'adulto, unità operativa complessa - che è da anni che bisognerebbe darla, ma chiusa la parentesi - anche per la pediatria, e per i cannabinoidi cerchiamo di modificare questa situazione, cioè che venga dato allo specialista magari in un ricovero in maniera da controllare, però che venga dato ampliando le indicazioni terapeutiche. Grazie.

Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)

Grazie.

PRESIDENTE

Prego consigliere Villanova.

Alberto VILLANOVA (Zaia Presidente)

Grazie. Io conosco da vicino la realtà dell'USL 7 dove esiste un nucleo che lavora molto bene e parlando un po' con il responsabile di questo nucleo di cure palliative si è evidenziata un po' la richiesta di espandere un po' quelle che sono le tipologie dei pazienti da trattare.

Molto spesso le cure palliative vengono indirizzate solo nel paziente oncologico quando ci sarebbero malattie degenerative che richiederebbero un'assistenza di questo tipo, e soprattutto abbinata anche magari alla cura con i cannabinoidi che sappiamo che può avere anche un risultato molto importante.

Sicuramente bisogna uscire dal tabù nei cannabinoidi molto spesso proprio per l'uso ludico che viene fatto vengono visti come appunto un tabù da sfatare. Sono un principio attivo che può avere dei risultati molto importanti e per

questo forse bisogna superare questi limiti e riuscire ad utilizzarli come dei farmaci a tutti gli effetti.

Sul fatto della rete è importante anche evidenziare come l'integrazione tra gli specialisti in cure palliative, il medico di Medicina Generale e l'ospedaliero sia una rete che porta dei risultati, ma che deve essere valorizzata. Nel senso che non si può pensare solo allo specialista che lavora sul territorio, ma ci deve essere forse il medico di Medicina Generale che fa un po' da fulcro e su cui ruota tutto il sistema, e dopo avere appunto gli specialisti a cui il medico di Medicina Generale si rivolge a livello ospedaliero e a livello di assistenza territoriale.

Se questo trio di specialisti funziona sicuramente si riescono a avere risultati concreti e soprattutto si riesce ad avere una medicina che sia adeguata ai tempi dove la cura del dolore deve essere la prima cosa, perché non possiamo pensare che nel 2016 ci siano delle persone che non hanno un dolore curabile o perlomeno bisogna fare tutto il possibile per riuscire ad alleviare queste sofferenze, quindi sicuramente faremo tutto il possibile per cercare di dare una mano a queste cure.

PRESIDENTE

Consigliere Barbisan, prego.

Fabiano BARBISAN (Zaia Presidente)

Grazie per vostra disponibilità e la relazione. Se non ho capito male, la richiesta è che anche le specialità cannabinoidi siano prescritte da specialisti, non da medici qualunque.

Roberto SAIA (Comitato Ospedale Senza Dolore, Azienda Ospedaliera Università di Padova)

Il problema è questo: attualmente è prescrivibile su una fascia talmente ristretta che praticamente non è prescrivibile, quindi si tratta semplicemente di codificare. Identifichiamo un centro del dolore dove se c'è l'indicazione vengono prescritti cannabinoidi. Per cosa? Per tutte le malattie che la scienza ci sta dicendo che in qualche caso può servire. Attualmente noi - uno dei pochi Stati al mondo assieme all'Inghilterra e all'Olanda - possiamo coltivare i cannabinoidi e poi li possiamo trasformare in farmaci all'Istituto Militare di Firenze.

Nell'"NBC", che è il centro che raccoglie tutti gli Stati al mondo - sono 170,180 - che hanno fatto richiesta di poter coltivare i cannabinoidi e anche la morfina per motivi medici, l'Italia adesso è la quarta, anche lei è entrata da pochi mesi, ma il gruppo che è venuto a controllare - parlo delle Nazioni Unite, sto parlando di controlli internazionali - si è complimentato perché ha detto: "Avete avuto un'idea chiamiamola geniale, non viene coltivata da privati, ma viene coltivata dallo Stato - a Rovigo li coltivano ed è Ministero delle Foreste - li avete dati in mano ai militari, che quindi sono anche quelli statali, e quindi - dice - questa è una novità che dobbiamo esportare anche negli altri Stati", e ci hanno dato il via.

Il Ministero della Sanità ha stilato una lista di malattie che potrebbero rispondere, quindi non è un problema di prescrivere a tutti, magari, perché tutti non è che rispondano, però che ci sia la possibilità di farci degli studi noi e non sempre di andare a leggere quello che fanno all'estero. Abbiamo un sacco di Università a alto livello, facciamo della ricerca.

Tenuto conto - e concludo - che nei cannabinoidi ci sono dei preparati che non sono neanche poi stupefacenti. Il "cbd" è un preparato che può essere come l'aspirina, come un altro, per cui c'è confusione e questi preparati qui, queste sostanze hanno delle capacità antinfiammatorie e si potrebbe fare della ricerca, che è quello che si stava parlando anche con Padova, con l'Università, che ha già preso accordi con lo stabilimento farmaceutico militare di Firenze perché possa fornire il materiale per poter fare degli studi e non sempre andare a copiare, in modo tale che quei pochi - o tanti malati che siano - rispondano a questa terapia. Grazie.

PRESIDENTE

Grazie. Altre domande?

Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)

Se possiamo avere il materiale, grazie.

PRESIDENTE

Se cortesemente quanto è stato esposto può essere consegnato. Grazie.

Allora, una procedura veloce perché io purtroppo devo andare a un altro appuntamento come vi avevo avvertito.

Abbiamo l'approvazione del verbale del resoconto della Seduta precedente.

Favorevoli? Contrari? Astenuti?

Bene.

Ci sono ancora le audizioni riguardo alla "Società italiana di Emergenza e Urgenza", "Definizione dei valori minimi di riferimento per il personale di Emergenza-Urgenza", e riguardo a "Caritas Diocesana" e Associazioni Malati

Reumatici per quanto riguarda la Legge di stabilità e Bilancio di Previsione.

Prosegue il consigliere Berti come Vicepresidente.

Finite queste audizioni si interrompe la Commissione e riprenderà all'una e mezza con l'audizione dell'Associazione Mimosa e altre tre associazioni per il Bilancio, poi proseguiremo con il parere sul Bilancio. Grazie.

Assume la Presidenza

Il Vicepresidente Jacopo BERTI

PRESIDENTE

Buongiorno a tutti. Vi chiedo la cortesia se potete presentarvi, grazie.

Maurizio CHIESA (Società Italiana Medicina di Emergenza e Urgenza, Resp. Pronto Soccorso Ospedale Sant'Antonio, Padova)

Buongiorno. Sono il dott. Chiesa Maurizio, Società Italiana Medicina di Emergenza e Urgenza, responsabile del Pronto Soccorso dell'Ospedale Sant'Antonio.

Francesco CORA' (Direttivo regionale della SIMEU, Pronto Soccorso di Vicenza)

Sono il dott. Corà Francesco, sempre del Direttivo regionale della SIMEU, Pronto Soccorso di Vicenza.

PRESIDENTE

Va bene, grazie mille. Vi diamo circa un quarto d'ora per riuscire ad esporre il vostro materiale, poi se per cortesia lo potete lasciare agli Uffici, grazie.

Maurizio CHIESA (Società Italiana Medicina di Emergenza e Urgenza, Resp. Pronto Soccorso Ospedale Sant'Antonio, Padova)

D'accordo. Intanto ringrazio tutti i componenti per la audizione che ci avete concesso.

Abbiamo citato SIMEU, è la sigla di Società Italiana di Medicina di Emergenza e Urgenza, un'associazione scientifica che rappresenta il personale dell'emergenza. E' società a carattere nazionale e noi apparteniamo alla sezione del Veneto e Trentino Alto Adige.

Il motivo di questa nostra comunicazione risiede nel fatto che vi è una bozza di delibera sugli standard di personale di Pronto Soccorso, o per meglio dire del settore dell'emergenza, che ha già avuto il vaglio della Giunta regionale e adesso è alla vostra attenzione.

Allora, la delibera che viene proposta è il frutto di un lavoro di una Commissione, alla quale anche la SIMEU ha partecipato, che è andata a verificare quali sono gli accessi di Pronto Soccorso, qual è la numerosità di personale medico, infermieristico e ausiliario in Pronto Soccorso, e il lavoro di questa Commissione doveva terminare con l'indicazione di standard minimi di Pronto Soccorso.

Allora, incrociando il numero degli accessi con il personale si è ritenuto di proporre come standard minimi di personale per il Pronto Soccorso 19 minuti per quanto riguarda il personale medico e 38 minuti per quanto riguarda il personale infermieristico.

I membri tecnici appartenenti alla Società Italiana di Medicina che hanno partecipato ai lavori di questa Commissione hanno fatto, diciamo così, una proposta, una controproposta a questa che poi è diventata a tutti gli effetti bozza di delibera, che ampliava un po' quelli che

erano i minimi assistenziali perché ci pareva che indicare come minimi di tempo di valutazione per i soggetti 19 minuti tempo medico e 38 minuti tempo infermieristico in realtà fossero troppo stretti e non rispondenti a quelli che sono i livelli assistenziali attuali.

Mi spiego meglio: quei 19 minuti e 38 minuti sono la media di quanto avviene, e secondo noi anche con qualche errore di dato, soltanto in cinque Pronti Soccorsi del Veneto, che sono le sedi "HUB" con più di 70 mila accessi, quindi Padova, Treviso, Vicenza, Verona e da ultimo Venezia, ma che questa tempistica non fosse adeguata per ospedali di piccole dimensioni che sono i 41 Pronti Soccorsi rimanenti, perché in realtà in questi Pronti Soccorsi, ospedali di piccole dimensioni, l'organizzazione dell'ospedale, scarsa organizzazione dell'ospedale se paragonata agli "HUB" evidentemente, per esempio forse cito un dato che non è a tutti noto, ma in molti ospedali durante le ore notturne e festive non c'è il radiologo che è solo in reperibilità, e questo determina che il personale di Pronto Soccorso, i medici di Pronto Soccorso si debbano anche visualizzare le lastre ad esempio. Non ci sono molti specialisti, per cui si devono fare in proprio molte attività e manualità che negli ospedali "HUB", in realtà, vengono magari differite agli specialisti, questo determina un impatto assistenziale decisamente maggiore. Quindi noi membri tecnici avevamo fatto la proposta che i 19 minuti per i centri "HUB" diventassero i 24 minuti per i centri "Spoke" e gli ospedali di rete.

Abbiamo presentato un piccolo documento con delle tabelle, che poi sono il risultato del lavoro della Commissione regionale, quindi non è una tabella tra virgolette di parte, ma è quanto è stato elaborato dalla Commissione, che

dimostra che nei centri "Spoke" il tempo medio per assistito è di 27 minuti, mentre nei centri "HUB" è di 19 minuti. Quindi noi abbiamo fatto questa proposta proprio basandoci sui dati così come erano emersi dal lavoro della Commissione, e questo è il primo dato.

Secondo dato. La bozza fa riferimento, come dire, all'attività SUEM che in molti Pronti Soccorsi viene effettuata, e questa è una modalità diciamo così molto tipica della nostra Regione, nella quale il personale di Pronto Soccorso effettua attività di emergenza territoriale, questo non nei capoluoghi di Provincia, ma in tutte le altre sedi sì, quindi deve essere computata in maniera puntuale questo tipo di attività. Nei Pronti Soccorsi nei quali si deve garantire h24 l'attività di emergenza territoriale, a nostro modo di vedere, ci deve essere una doppia Guardia Medica perché un medico viene riservato per l'emergenza territoriale e un altro medico per l'attività intraospedaliera, nella misura in cui il primo medico dovesse uscire verrebbe sguarnita l'attività di Pronto Soccorso, cosa ovviamente non possibile per la nostra attuale organizzazione.

Quindi, a nostro modo di vedere, anche nella delibera dovrebbe essere accolto questo ragionamento che indipendentemente da quelli che sono gli accessi di Pronto Soccorso dovrebbe essere garantita una doppia guardia che poi può essere implementata qualora gli accessi siano numerosi, quindi si faccia poi il riferimento alla tempistica valutativa.

Da ultimo, la delibera, a nostro modo di vedere, non parla, invece, di un'altra figura che è molto importante, che è quella degli ausiliari di attività, gli operatori socio sanitari come si usa ora dire, OSS, che, invece, sono una

figura molto importante per l'attività all'interno di Pronto Soccorso, perché collaborano con noi per tutte le attività che non sono sanitarie, ma assistenziali. Noi avevamo proposto che appunto la delibera citasse anche questa figura che collabora con noi che viene prevalentemente utilizzata in forma di barellieri, di trasportatori all'interno degli ospedali, invece ci sarebbe la necessità di reclutarli per attività assistenziale e citavamo, come dire, un 30% del numero degli infermieri all'interno delle nostre strutture.

In buona sostanza, queste sono le proposte, tra virgolette, che avevamo noi portato all'interno della Commissione, che la Commissione evidentemente non ha ritenuto di accogliere, però ci sentiamo di proporle nello spirito di massima collaborazione perché - e forse dico una cosa superflua - voi sapete benissimo che il personale di Pronto Soccorso di questa Regione lavora in maniera molto intensa, ha sempre dimostrato uno spirito collaborativo, che ci viene anche riconosciuto un po' da tutti, no? Quindi ci sembrava opportuno portare queste istanze che non hanno nulla di sindacale, che sia chiaro, ma soltanto che bada a puntare il dito su migliorare l'assistenza nei cittadini veneti, perché io capisco che si possa pensare a facilitare i percorsi ai codici verdi e ai codici bianchi, ma non dimentichiamoci che la prima missione del personale dell'emergenza è quello di garantire i pazienti gravi, questo è quello che noi abbiamo come prima missione. Certo, anche a noi fa piacere rendere più agevoli i percorsi per i codici verdi e per i codici bianchi, però non dimentichiamoci qual è il nostro scopo prioritario.

Per migliorare ulteriormente i percorsi di tutti i pazienti bisogna investire. Ricordo che la Commissione, che è stata allestita per parlare degli standard minimi, è stata

prevista dalla delibera 1513 del 12 agosto 2014 che imponeva a noi dei tempi di valutazione per i codici verdi e per i codici bianchi e dei tempi gestionali entro le quattro ore. Allora, se ci viene imposto dei tempi stretti di valutazione e di trattamento dei pazienti bisogna anche pensare alle risorse per fare tutto ciò. Anche in Gran Bretagna alcuni anni orsono si è deciso di darsi quattro ore di limite gestionale per i pazienti del settore dell'emergenza, ma si sono investite grosse risorse tra l'altro fallendo anche l'obiettivo, perché, come voi sapete, più si migliora l'offerta e più la domanda cresce, no? Ma di questo noi non ci preoccupiamo. Noi medici e infermieri di Pronto Soccorso non ci preoccupiamo di questo, abbiamo visto un milione e 800 di pazienti nel corso del 2015, un terzo della popolazione del Veneto. Nessun problema. Dateci gli strumenti per fare anche di più. Non è questo il discorso. Quindi noi siamo qui, come dire, per proporre dei tempi gestionali diversi che ci mettano in grado di affrontare i pazienti che vengano a noi senza alcun problema con pochi riscontri per loro e per il personale di Pronto Soccorso. Non ho citato aspetti medico - legali, non ho citato le problematiche emergenti diciamo degli aspetti medico - legali, perché per quanto mi riguarda non è un problema, però quando si lavora a determinati ritmi è chiaro che tutto ciò si amplifica e si amplifica in maniera assolutamente grave. Grazie.

PRESIDENTE

Grazie mille a lei. Se ci sono delle domande da parte dei Consiglieri, prego.

Stefano FRACASSO (Partito Democratico)

Intanto la ringrazio per queste informazioni. Volevo chiedervi se è stata fatta una proiezione, una con i 19 minuti medico, oppure anche con i 24, per vedere che cosa questo significhi in termini di dotazioni organiche nei diversi punti di Pronto Soccorso, e rispetto a quelle che sono le dotazioni attuali.

Maurizio CHIESA (Società Italiana Medicina di Emergenza e Urgenza, Resp. Pronto Soccorso Ospedale Sant'Antonio, Padova)

La ringrazio per la domanda anche perché questo mi consente di precisare un aspetto. La delibera parla di standard minimi, però noi siamo anche molto preoccupati di un altro aspetto: che quegli standard minimi diventino, poi, in realtà il parametro di riferimento, perché, se così fosse, con l'istituzione delle aree vaste cosa potrebbe accadere? Potrebbe accadere che strutture che sono sopra il minimo come dotazione organica debbano rendere personale a strutture che sono sotto il minimo, e questo è un ragionamento che va tenuto in debito conto, perché è vero che la delibera parla di standard minimi, ma non vorrei che dietro questo ragionamento ci fosse questo.

In realtà, con i 19 minuti il numero di unità diciamo così mancanti è veramente piuttosto contenuto, credo sull'ordine di una decina di unità mediche in tutta la Regione circa - non so se sbaglio, dottoressa, perché la dottoressa Bonesso faceva parte della Commissione - con i 19 minuti e i 24 minuti, in realtà, si parlerebbe di una implementazione che potrebbe arrivare anche sulla trentina di medici - sto parlando dei medici prevalentemente - per tutta la Regione, e questo sarebbe ovviamente un problema. C'è qualche sede,

come la mia per esempio, il Sant'Antonio, chi è di Padova conosce la realtà del Sant'Antonio, ma se questi fossero i minimi adottati io dovrei rendere tre unità, inimmaginabile - inimmaginabile - perché a parte che farei la coda dal Sant'Antonio al Sant'Antonio, ma questo sarebbe molto problematico sulla corretta valutazione dei pazienti, il filtro dal 15% scatterebbe al 30% con un impatto sui reparti di degenza.

Dobbiamo pensare a tutte queste sequele qualora venisse adottata una tempistica molto ridotta e molto limitata, comunque questo è più o meno.

Per quanto riguarda il personale infermieristico noi indicavamo - ma anche la delibera lo dice - come tempo assistenziale raddoppiato rispetto ai medici, quindi i 19 minuti diventerebbero i 38 minuti, e nella proposta che avevamo fatto noi ovviamente i 38 diventerebbero i 48 nelle sedi "Spoke", perché è il doppio del tempo valutazione medica insomma.

PRESIDENTE

Grazie mille.

Qualcun altro?

Prego, consigliere Sinigaglia.

Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)

Volevo solo fare un'ulteriore richiesta. Volevo capire le altre Regioni come si stanno muovendo su questo versante, se anche nelle altre Regioni c'è questa valutazione dei tempi minimi, perché sempre di minutaggio si sta parlando, no? E se diventano - ma mi sembra di aver capito che la preoccupazione è propria questa - da tempi minimi a tempi standard, quindi poi governeranno la pianta organica in

realtà come è successo un po' anche con gli infermieri, perché anche gli infermieri hanno avuto la stessa trafila, no? Stavamo parlando di tempi minimi, poi, in realtà, ci siamo adeguati alla presenza degli infermieri in base a questo che sta diventando tempo standard in realtà, alla fine diventa questo.

Volevo capire le altre Regioni se stanno perseguendo questo tipo di indicazione al minutaggio. Ma a questo punto può essere che ogni Regione ha il suo minutaggio? Anche questo non riesco a capirlo. Se parliamo di costi standard che devono essere uguali, perché il minutaggio deve essere, invece, diverso a Padova nel Veneto rispetto alla Lombardia tanto per capirci? Dovrebbe esserci una valutazione che definisce uno standard europeo di minutaggio se si va verso questa direzione, perché altrimenti si introducono delle varianti algebriche - ho visto la formula algebrica - che, però, è difficile padroneggiare e ho come l'impressione che voglia insomma raggiungere obiettivi un po' diversi.

Concordo sul discorso degli OSS, però vi siete dimenticati degli "ostes", della funzione degli "ostes" non rientra nel minutaggio, ho visto, quindi ce ne faremo una ragione come si suol dire, però se mi date quale indicazione sugli altri aspetti. Grazie.

Maurizio CHIESA (Società Italiana Medicina di Emergenza e Urgenza, Resp. Pronto Soccorso Ospedale Sant'Antonio, Padova)

Credo sia necessario fare una premessa: la situazione molto variegata in Italia anche sui modelli organizzativi di Pronto Soccorso, quindi un ragionamento che valga un po' per tutte le Regioni forse è anche un po' difficile da fare. Per esempio, io citavo il modello Veneto per quanto riguarda

l'emergenza territoriale che ha qualche corrispettivo in altre Regioni, ma non è diffuso in tutto il Paese.

Una standardizzazione sui tempi è stata fatta con un documento "Agenas" del 2011, nel quale tra l'altro il Veneto era una delle quattro Regioni prese in considerazione, cioè a questo tavolo avevamo partecipato come Veneto, e veniva fatto un ragionamento un po' diverso - ha ragione, lei, dottore - nel senso che lì si proponevano dei tempi standard più che dei tempi minimi, e i tempi standard venivano sempre in base al minutaggio suddivisi per le varie strutture ospedaliere, dove il minutaggio maggiore era 24, 26 e 28 minuti, veniva riservato, in realtà, alle sedi "HUB", perché? Perché le sedi "HUB" sono quelle ovviamente dove vengono centralizzati i casi di maggiore complessità clinica, quindi si partiva dal presupposto che nei centri "HUB" il tempo gestionale per i pazienti fosse superiore e maggiore.

In realtà, anche dalla nostra indagine effettuata qui in Regione si è visto che è l'esatto contrario, cioè che nei centri "HUB" proprio perché è probabile che il case-mix sia maggiore rispetto ai centri "Spoke", però in realtà ci sono anche le risorse per poterli gestire. Quindi, per esempio, quando non ho il neurochirurgo e ho l'emorragia cerebrale, quando non ho la unità coronarica e ho l'infarto del miocardio nei centri "Spoke" ho una complessità gestionale che è molto superiore a quella del centro "HUB" dove prendo e lo ricovero in unità coronarica e ho finito il problema ad esempio. Io perdo una marea di tempo anche solo a contattare gli specialisti telefonicamente si dirà.. Ma su cosa ti vai a perdere? Ma è così, poi, in realtà. La realtà dei fatti è questa.

Quindi facendo riferimento a tutto ciò, alla esiguità diciamo così nelle risorse nei centri "Spoke", avevamo un po' invertito questa indicazione che in realtà veniva data dall'"Agenas" che era l'esatto contrario. Ci è stato risposto che non era sufficientemente suffragata da dati questa cosa, probabilmente non ci sono dei dati scientifici che dimostrino tutto ciò, però l'analisi effettuata da noi dimostrava che nei centri "Spoke" il tempo medio gestionale è di 27 minuti, nei centri "HUB" è di 19, anche solo questo dato senza poi pensare effettivamente alle modalità organizzative già lo dimostra insomma in buona sostanza.

Anch'io sono un po' preoccupato sulla questione minimi e standard in realtà, non vorremmo che i minimi in realtà celassero gli standard che allora la cosa diventerebbe assai più complessa e sinceramente, se fossero dotati i minimi con un'equivalenza sugli standard, molte strutture di Pronto Soccorso dovrebbero rendere il personale con impatti sulle strutture sanitarie di cui fanno parte secondo me molto e molto importanti in un momento in cui noi non ci nascondiamo per esempio i letti per acuti si vanno riducendo in buona sostanza. Quindi capita e capita sempre più frequentemente di dover gestire dei pazienti nelle strutture di Pronto Soccorso per ore e ore e ore in attesa di un posto letto a esempio. Quindi queste sono le cose come avvengono ed è la realtà organizzativa con la quale ci troviamo a confrontarci in buona sostanza.

PRESIDENTE

Grazie mille. C'era prima la consigliera Bartelle, prego.

Patrizia BARTELLE in GRILLO (Movimento 5 Stelle)

Grazie. Una serie di considerazioni. Allora, voi siete dei professionisti del settore, vi siete trovati davanti a questa delibera alla quale avete contribuito a dare comunque il vostro apporto, avete valutato la cosa. Ma io vi chiedo, o forse sono io che non capisco, ma siamo nella normalità che andiamo a contare i minuti con cui dobbiamo gestire una vita umana? Questo è un concetto che.. Stiamo portando una sanità verso il ribasso, quindi andiamo a fare i numeri perché vuol dire che mi servono tre medici, lei ne ha sei, i tre li mandiamo e li spostiamo in qualche altro reparto dove sono scarsi. Stiamo giocando a mettere le pedine dove servono.

Voi la ritenete valida? Stiamo parlando di qualcosa che ha un suo senso di esistere oppure no? Io vorrei sentirvi dare un giudizio su questo.

Maurizio CHIESA (Società Italiana Medicina di Emergenza e Urgenza, Resp. Pronto Soccorso Ospedale Sant'Antonio, Padova)

Dottoressa, qualche criterio probabilmente bisogna adottarlo se si vuol fare un ragionamento su qual è la necessità di personale per una struttura. Questa impostazione sui minuti assistenziali è già stata fatta nel recente passato per le strutture diciamo così di degenze ospedaliere, quindi si è pensato che potesse essere questa, diciamo così, la chiave interpretativa anche per le strutture di emergenza.

Lei ha ragione, è decisamente più complessa l'attività, però ribadisco anche che il punto di vista è stato quello di cercare di trovare una chiave di lettura e una uniformità, come dire, per arrivare a delle proposte che siano delle proposte diciamo un po' per tutte le sedi ospedaliere.

Il tempo minimo medio per la gestione dei pazienti può essere una chiave di lettura.

Bene inteso, noi siamo anche dell'idea che sarebbe necessario, ma qui la delibera - e concordo con quanto scritto nella delibera - lo prevede l'istituzione di un osservatorio che dovrebbe valutare, diciamo così, minuto per minuto, momento per momento, anno per anno, qual è in realtà l'attività che viene espletata nelle strutture di Pronto Soccorso perché non vi nascondo che anche come conoscitore delle realtà di Pronto Soccorso del Veneto e anche a livello nazionale vi è da dire che vi è una grande diversità, come dire, professionale nelle strutture di Pronto Soccorso.

Quindi quello che dice lei, 19 minuti potrebbero essere sufficienti in una struttura, e mezzora non essere sufficiente in un'altra dove magari le complessità delle attività che vengono espletate è diversa, però una certa chiave di lettura forse è giusto che venga adottata.

Patrizia BARTELLE in GRILLO (Movimento 5 Stelle)

Perdonatemi, però essendo stata volontaria per anni anch'io nella gloriosa Croce Verde di Adria e avendo fatto anche altre cose inerenti, io ho ben presente i casi che arrivano ai Pronti Soccorsi. Arrivano le persone che non possono parlare, ma arriva anche quello fuori di testa che lo devi sedare e lo devi contenere, quindi tutti i tuoi programmi vanno a quel paese. E in ogni caso sappiamo bene cosa sta succedendo nei reparti in cui è applicato il discorso del minutaggio, ci sono gli operatori, infermieri o OSS che corrono e fanno anche cose oltre a quello che dovrebbero fare, perché devono attendere ai tempi di esecuzione. È un concetto.. Giustamente servono dei termini di paragone per iniziare a ragionare su un qualcosa, ma abbassare i tempi,

dare dei tempi in un settore così importante com'è l'assistenza alla persona vuol dire far lavorare probabilmente anche le persone con una dose di stress superiore perché pressati da tempi, oltre che magari da capi reparto o persone al di sopra di loro, e a lavorare anche in una maniera non tranquilla e possono anche ingenerare errori queste situazioni.

Non a caso ho chiesto a questa Commissione di audire anche i responsabili regionali della Nursing Up che sono gli infermieri forensi, perché è giusto sentire anche un punto di vista anche da parte di chi si deve tutelare. Grazie.

PRESIDENTE

Grazie mille. C'era il consigliere Villanova, prego.

Alberto VILLANOVA (Zaia Presidente)

Grazie. Vorrei ricordare che stiamo parlando di un indicatore, non stiamo parlando di tempi col gong da mettere ai medici o agli infermieri all'interno del Pronto Soccorso, quindi stiamo parlando di un indicatore che come tutti i numeri va utilizzato correttamente, ma è sempre un numero, non stiamo parlando di tempi dati agli operatori di Pronto Soccorso.

Volevo più che altro fare una domanda dal punto di vista del calcolo di questo tempo. Per quanto riguarda le uscite dell'ambulanza con medico a bordo rientra nel tempo medico anche quello passato nell'ambulanza per la stabilizzazione o è solo quello all'interno del Pronto Soccorso nel momento in cui il paziente arriva e viene preso in carico all'interno della struttura?

Maurizio CHIESA (Società Italiana Medicina di Emergenza e Urgenza, Resp. Pronto Soccorso Ospedale Sant'Antonio, Padova)

Correttissimo. I tempi indicati sono relativi all'attività ambulatoriale, poi per quanto riguarda l'individuazione del personale si parla anche delle uscite con il mezzo di soccorso, quindi l'emergenza territoriale, e da ultimo si parla anche dell'osservazione breve e intensiva. Questi sono, diciamo così, tempi medici e infermieristici aggiuntivi, infatti nel documento che ho consegnato abbiamo fatto tre osservazioni positive, e la terza osservazione positiva è che finalmente vengono prese in considerazione anche due attività molto importanti che vengono esplicate all'interno del Pronto Soccorso, che sono l'osservazione breve e intensiva, e l'emergenza territoriale perché fino ad oggi, oggi compreso, in realtà, l'individuazione dell'organico non prende in considerazione queste attività che sono attività che comunque il personale medico e infermieristico effettua, quindi assolutamente quei tempi sono relativi all'attività ambulatoriale.

Alberto VILLANOVA (Zaia Presidente)

Quindi con questa delibera vengono aggiunti all'osservazione breve e intensiva e l'uscita territoriale, quindi c'è qualcosa in più rispetto a come veniva calcolato prima diciamo solo il tempo medico?

Maurizio CHIESA (Società Italiana Medicina di Emergenza e Urgenza, Resp. Pronto Soccorso Ospedale Sant'Antonio, Padova)

Sì. A questo proposito facevo la proposta che per quanto riguarda l'organico medico da computare per l'emergenza

territoriale, che nella delibera si cita il 30% dell'orario di servizio, noi facevamo la proposta che indipendentemente dal numero degli accessi nei Pronti Soccorsi che devono garantire l'emergenza territoriale h24 comunque si parlasse di una doppia Guardia Medica, perché devi garantire 24 ore in Pronto Soccorso e 24 ore l'emergenza territoriale.

Alberto VILLANOVA (Zaia Presidente)

Se posso, l'ultima domanda: più o meno in percentuale su quante uscite con l'ambulanza c'è l'uscita dell'ambulanza con il medico o comunque l'uscita diciamo territoriale in percentuale quanto è fatto magari da infermieri e quanto, invece, da infermieri con medico a bordo?

Maurizio CHIESA (Società Italiana Medicina di Emergenza e Urgenza, Resp. Pronto Soccorso Ospedale Sant'Antonio, Padova)

Non più del 30% delle uscite del codice rosso, perché l'uscita del medico viene effettuata in codice rosso, quando la chiamata è in codice rosso, che non è più del 30% delle uscite complessive e totali del mezzo di soccorso, un po' per zone diverse, ma insomma.. Diciamo che le uscite con il medico sono in gran parte ridotte rispetto alle altre, poi, come diceva la dottoressa, adesso si va spingendo verso l'automedica che svincola il mezzo di soccorso l'ambulanza dal medico.

PRESIDENTE

Prego, consigliere Negro.

Giovanna NEGRO (Il Veneto da fare - Flavio Tosi)

Non abbiamo toccato il problema essenziale del Pronto Soccorso che sono gli accessi impropri dettati molte volte da una medicina di base assente, perché abbiamo visto che in alcune realtà dove più la medicina di base è assente più abbiamo accessi impropri. Forse è il caso di portare una riflessione anche su questo monitoraggio, perché credo che se usiamo soldi pubblici nel pagare i medici di base è giusto che vengano pagati per qualcosa.

Maurizio CHIESA (Società Italiana Medicina di Emergenza e Urgenza, Resp. Pronto Soccorso Ospedale Sant'Antonio, Padova)

E' più una considerazione, che una domanda forse, mi rendo conto..

L'attività che viene effettuata in un Pronto Soccorso dipende da molti aspetti, tra i quali anche la funzionalità delle cure primarie indubbiamente, anche l'offerta sanitaria sottoforma di diagnostica e di specialistica, dipende da molte cose. Però questa è una delibera - e su questa ci eravamo un po' espressi - che isolava il problema, diciamo così, degli standard di personale in Pronto Soccorso, quindi la sua osservazione potremmo stare qui un paio di giorni a discutere di questo aspetto e probabilmente avremmo delle idee a volte diverse, a volte coincidenti su molte cose, però dobbiamo partire dal presupposto che un milione e 800 mila accessi ci sono stati nel 2015.

Giovanna NEGRO (Il Veneto da fare - Flavio Tosi)

E quanti di questi impropri?

Maurizio CHIESA (Società Italiana Medicina di Emergenza e Urgenza, Resp. Pronto Soccorso Ospedale Sant'Antonio, Padova)

Che cosa si intende per impropri?

Giovanna NEGRO (Il Veneto da fare - Flavio Tosi)

Non mandati dal medico di base.

Maurizio CHIESA (Società Italiana Medicina di Emergenza e Urgenza, Resp. Pronto Soccorso Ospedale Sant'Antonio, Padova)

Che potessero avere altri riferimenti sanitari molti, molti, percentualmente molti, però non faccio questo ragionamento e faccio un altro tipo di ragionamento, e il ragionamento è che chi viene in Pronto Soccorso ha una richiesta sanitaria che deve essere comunque dal mio punto di vista evasa, cioè dal punto di vista dell'operatore di Pronto Soccorso deve essere evasa.

Giovanna NEGRO (Il Veneto da fare - Flavio Tosi)

Se va dal medico di base ha una risposta scritta.

Maurizio CHIESA (Società Italiana Medicina di Emergenza e Urgenza, Resp. Pronto Soccorso Ospedale Sant'Antonio, Padova)

Certo, ma dal momento che ha scelto di venire in Pronto Soccorso evidentemente per un modo o per l'altro ritiene che il Pronto Soccorso sia in grado di dare una risposta che quel paziente ritiene in quel momento più adeguata diciamo, perché molti vengono anche perché sanno che qualora fosse necessario, qualora sia necessario per esempio possono

essere sottoposti a accertamenti per una via più breve rispetto a quella del medico di famiglia.

Uno sospetta di avere una broncopolmonite, può andare dal medico di famiglia, però sa che venendo in Pronto Soccorso magari - non so - la radiografia del torace è più facilmente e rapidamente eseguibile. Io sono un operatore professionale, ma sono anche un paziente, quindi cerco magari la sede che mi garantisce di più, quindi quella ad alta tecnologia come può essere un Pronto Soccorso di un ospedale, pertanto le motivazioni sono tante.

Ripeto, io parto dal presupposto che sono un milione e 800 mila accessi nel 2015 e cerco di dare la risposta migliore. Se poi verranno, come dire, attivate altre modalità assistenziali in un futuro con le aggregazioni funzionali dei medici di Medicina generale, magari anche con possibilità di diagnostica minima specialistica ben venga, però cerco di attrezzarmi al meglio per rispondere agli accessi, è un po' questa la logica che sottende.

PRESIDNTE

Grazie mille. Consigliera Salemi, prego.

Orietta SALEMI (Partito Democratico)

Grazie. In merito a questa ultima considerazione che veniva fatta riflettevo anch'io su questo tema e la ringrazio anche per averci riferito del numero degli accessi del 2015, perché ci permette anche di avere un'idea di che cosa vuol dire la capacità di accoglienza evidentemente dei Pronto Soccorso e che dovrebbero, in teoria, effettivamente - diceva la Collega - prendere in carico le patologie non differibili perché questa dovrebbe essere penso la funzione del Pronto Soccorso, però poi di fatto, invece, il Pronto

Soccorso deve far fronte anche alle esigenze di cui lei diceva.

Quindi, almeno anche nell'allegato della delibera, c'erano riportati i dati del 2013 e, se posso, il riferimento era: ".la distribuzione degli accessi per codice triage mostra una netta prevalenza degli accessi con livello di gravità basso, ma il dato più significativo riguarda le differenze che avvengono tra le varie U.S.L.", per cui in realtà, tra virgolette, o noi interveniamo sulla medicina territoriale evidentemente per sgravare, per così dire, anche il Pronto Soccorso da quelli che possono essere chiamiamoli così tra virgolette gli accessi impropri, poi bisogna valutare appunto cosa si intende per accesso improprio, oppure interveniamo per potenziare evidentemente la struttura di accoglienza in Pronto Soccorso.

E mi pareva che la sua relazione andasse in questa direzione anche per quanto riguarda la dotazione degli OSS, perché se effettivamente noi riteniamo che in Pronto Soccorso ci sia, come dire, anche bisogno di una assistenza alla persona, evidentemente la dotazione se andiamo in quella direzione e pensiamo che quella sia la soluzione migliore, dobbiamo evidentemente anche, come dire, dare dignità di presenza - mi pare di aver capito - quindi considerare dentro gli standard anche la dotazione degli OSS, se ho capito bene, che ci sono già, ma non vengono contemplati in questa dotazione standard.

Lei prima parlava, se non ho colto male, di una percentuale pari al 30%, per cui volevo eventualmente un chiarimento a questo riguardo perché credo che siano figure importanti certamente nel momento in cui il paziente è affetto da grave patologia, quindi non differibile e quindi ha bisogno delle cure immediate, ma anche di chi magari accede e ha bisogno

semplicemente nel Pronto Soccorso di avere una assistenza più legata, se vogliamo, alla attenzione alla persona. Ecco, penso che questa sia una funzione che possa essere espletata dagli operatori sanitari, così come evidentemente anche la richiesta del secondo medico di guardia. Grazie. Volevo un chiarimento rispetto alla dotazione standard.

Maurizio CHIESA (Società Italiana Medicina di Emergenza e Urgenza, Resp. Pronto Soccorso Ospedale Sant'Antonio, Padova)

La proposta di delibera, la bozza di delibera non parla di questa figura perché nella fase di valutazione degli accessi e di personale che è stata fatta nei lavori della Commissione, che poi è sfociata con la bozza della delibera, si è dimostrato che vi è una grande disomogeneità nella presenza sia quantitativa che qualitativa di questa figura professionale.

Mi spiego meglio: che questa figura professionale, che in realtà dovrebbe essere la figura dell'operatore socio assistenziale, socio sanitario assistenziale, quindi utilizzato per l'assistenza alla persona, come dice lei, per esempio l'aumento dell'età media dei pazienti che affluiscono in Pronto Soccorso porta con sé alcune problematiche del tipo: ho bisogno di cambiare paziente, ho bisogno di lavarlo, ho bisogno di dargli da mangiare, ho bisogno, ho bisogno, ho bisogno, tanti bisogni.. Questa sarebbe la figura più indicata per espletare tutte queste attività che spesso gravano, in realtà, sul personale infermieristico impropriamente.

Poiché vi era questa grande difformità sia quantitativa che qualitativa, perché gli OSS presenti sono prevalentemente utilizzati per funzioni di trasporto e pedonaggio, anziché

per assistenza alla persona, la bozza non fa una proposta riguardo a questo personale. Quello che avevamo proposto noi membri tecnici era quello in realtà che fossero scorporate le funzioni di trasporto dalle funzioni di assistenza. Se c'è necessità di trasporto si utilizzino dei barellieri, eccetera, per le funzioni di assistenza proponevamo che fossero il 30% del personale infermieristico sgravando ovviamente il personale infermieristico di alcune attività e concentrandoli per quelle sanitarie in realtà ovviamente, perché per chi conosce un po' l'ambiente ospedaliero sa che è un lavoro di stretta integrazione tra tutte le figure professionali. Quindi medico, infermiere e ausiliario devono lavorare a stretto contatto ognuno per la loro parte evidentemente.

Orietta SALEMI (Partito Democratico)

Grazie.

PRESIDENTE

Grazie mille. Nessun altro? Bene.

Il materiale è già stato depositato, quindi vi ringraziamo.

Maurizio CHIESA (Società Italiana Medicina di Emergenza e Urgenza, Resp. Pronto Soccorso Ospedale Sant'Antonio, Padova)

Grazie a voi per l'attenzione.

PRESIDENTE

Grazie mille.

Iniziamo le audizioni relativamente alla Legge di stabilità regionale 2016 e al Bilancio previsione '16-18.

E' presente il rappresentante della Caritas. La ringrazio intanto per essere presente, ha circa un quarto d'ora per esporre e poi se ha un documento se l'ha già lasciato alla struttura o se vuol lasciarlo, le passo la parola e dopo ci saranno varie domande da parte dei Consiglieri.

Michele TRABUCCO (Caritas Diocesane del Veneto)

Grazie a lei, grazie a tutti. Buongiorno. Mi presento, sono il rappresentante delle Caritas della Regione Veneto. Le Caritas nella Regione Veneto sono nove e sono costituite fondamentalmente dalle sette Province più due altre realtà diocesane che intersecano diverse Province, quindi le Caritas Diocesane di Adria Rovigo, Belluno Feltre, Chioggia, Padova, Treviso, Venezia, Verona, Vicenza e Vittorio Veneto. Le realtà della Caritas sono diciamo coordinate dal punto di vista regionale in quanto sono singolarmente delle entità giuridiche legate alla Diocesi, e regionalmente ci si coordina e attualmente il delegato rappresentante delle Caritas del Veneto e di tutto il Triveneto è il Direttore della Caritas di Chioggia.

Le Caritas sono anche dei soggetti presenti nel territorio e che operano abbastanza trasversalmente all'interno delle materie che potremmo un po' raccogliere sotto soprattutto l'area del sociale e parzialmente anche del sanitario, dell'istruzione e del lavoro.

Solo per dire semplicemente alcuni numeri, uno degli strumenti più importanza con cui le Caritas operano nel territorio italiano, perché è uno strumento di tutte le Caritas italiane, sono i Centri di ascolto e qui in Veneto abbiamo 143 Centri di ascolto e soltanto nel 2014, quindi l'ultima rilevazione, hanno contato circa 44 mila accessi, e

di questi circa 7-8 mila sono di persone che per la prima volta hanno avuto accesso agli uffici della Caritas.

Le Caritas operano attraverso poi dei cosiddetti bracci operativi che possono essere delle onlus, possono essere delle fondazioni o possono essere anche delle cooperative, e attraverso questi cosiddetti bracci operativi strettamente collegati all'Ente Diocesi operano in modo capillare in tutta la Regione.

Attorno alle realtà delle Caritas ruotano migliaia di volontari e anche alcune centinaia di lavoratori proprio legati come dipendenti o alla Diocesi stessa oppure alla fondazione o all'onlus o alla cooperativa di riferimento in quel territorio.

La finalità principale della Caritas è quella della animazione e di promuovere la prossimità verso le persone, tuttavia quello che ci interessa soprattutto sottolineare è che non si accetta di ridurre l'azione della Caritas a una semplice delega oppure a un assistenzialismo. Ritiene, infatti, essenziale mentre si spende giorno per giorno con una concreta prossimità le persone fondamentalmente più bisognose, di non smettere mai di cercare criticamente le cause personali e strutturali, economiche e sociali, culturali che producono o almeno favoriscano la marginalizzazione dei più deboli.

In tal senso la prima forma di carità per l'azione delle Caritas diventa la giustizia concretamente declinata sui diritti di cittadinanza di ogni persona. Quindi la natura fondamentalmente pedagogica della Caritas, e della Chiesa, è quella non soltanto di prendersi cura nelle emergenze e dei bisogni delle persone, ma anche quello di curare e soprattutto attraverso dei servizi segno, di dare anche un

apporto alla cultura e al cambiamento sociale di un territorio, di una struttura.

Alcune delle priorità che le Caritas pur nel loro diversità territoriale sono quelle comunque di una attenzione a tutta quella fascia che noi chiamiamo cosiddetti nuovi poveri, quindi quella fascia di persone che difficilmente si fanno come dire riconoscere, che fanno fatica anche a accedere ai nostri servizi, perché reduci, diciamo così, da una storia di vita tra virgolette normale possiamo dire, che per cause di lavoro, di difficoltà familiari cadono in questa nuova emergenza abitativa o economica o a volte anche appunto sanitaria, quindi per problemi di salute.

Quindi l'azione della Caritas è quella di porre sempre l'attenzione anche a prevenire queste persone, questa fascia di persone a rischio di povertà.

Come forse si può immaginare, un'altra delle grandi attenzioni che la Caritas sta portando avanti, per certi aspetti anche suppletiva, è quella di queste attualità, quindi l'attenzione soprattutto non soltanto accoglienza, ma integrazione culturale, possibilmente anche lavorativa, dei migranti, di questa che non è più emergenza, insomma dei flussi migratori.

Un'altra attenzione che la Caritas chiede all'istituzione riguarda anche il problema dell'abitazione. Diverse persone accedono appunto ai Centri di ascolto della Caritas perché fanno fatica a pagare l'affitto, fanno fatica a pagare le utenze. Evidentemente dopo un'azione di discernimento, di attenzione un primo aiuto viene dato anche dalla stessa Caritas, ma non può essere appunto suppletiva a un'azione più strutturale e conforme, come dire, a una missione che è quella delle istituzioni.

L'attenzione, quindi, anche da parte delle Caritas è quella di favorire l'inserimento lavorativo delle persone attraverso o della formazione oppure dei contatti o dei progetti che sono sempre appunto come dicevo prima dei progetti pilota, dei progetti segno che vogliono dare o uno stimolo di novità, quindi un segno anche per quanto riguarda anche l'innovazione sociale, e sia una prima spinta che poi dovrebbe essere presa in carico appunto o dalla persona stessa o dalle istituzioni presenti nel territorio.

Ricordiamo come nella nostra Regione comunque, pur in modo lusinghiero, abbiamo uno dei tassi di disoccupazione più bassi a livello nazionale, però ancora oggi circa un 15,8% delle persone sono a rischio povertà, e anche questo in modo lusinghiero si può dire pur nella tragica situazione riferimento al 29,9 % che è la media nazionale.

La Caritas, quindi, ringraziandovi per questa presenza, vuole semplicemente affermare la sua presenza sul territorio in modo capillare e confermare la sua disponibilità al dialogo e alla collaborazione con le istituzioni di qualsiasi livello e colore proprio in riferimento alla soddisfazione da un lato di una risposta emergenziale, dall'altro, però, con la voglia di cambiare quelle situazioni che devono essere modificate perché possano trovare una soluzione positiva strutturale.

In modo particolare, le categorie sulle quali la Caritas svolge la sua azione prevalente sono quelle delle persone senza dimora, le donne vittime di tratta e di violenze, i minori non accompagnati, anche situazioni di famiglie con anziani o con persone portatori di handicap, i migranti, le famiglie monoparentali con un solo genitore e, come dicevo all'inizio, anche questa fascia di persone che prima erano

considerate non bisognose, quindi questa fascia di cosiddetti nuovi poveri.

Quindi la mia presenza qui oggi è quella proprio - lo dico anche chiaramente - di non avere precise richieste, come dire, numeriche in riferimento al Bilancio. Chiediamo che sicuramente dal punto di vista del Bilancio, e quindi che il Bilancio rifletta una politica lungimirante, che possa essere una politica proprio a favore dei più bisognosi, ma perché questo permette una visione più ampia di una società integrata, una società che possa effettivamente essere accogliente verso tutti, non assistenzialista, lo ripeto, e non semplicemente distributore di pacchi, viveri o la coperta che magari d'inverno alcune persone chiedono. Quindi la Caritas è proprio fortemente impegnata e cerca di impegnarsi con modalità diverse, perché i soggetti sono diversi, hanno storie diverse. Le Caritas hanno anche, come dire, anche forze diverse proprio al lavoro interno affinché ci sia veramente un'innovazione sociale anche nelle proposte sociali, nelle proposte di politiche da parte della Regione. Con questo concludo e ringrazio intanto dell'attenzione.

PRESIDENTE

Grazie mille a lei. Se qualche Consigliere ha qualche domanda?

Prego, consigliera Salemi.

Orietta SALEMI (Partito Democratico)

Intanto grazie per la relazione, la disamina e le volevo chiedere una cosa: rispetto al tema delle nuove povertà, lei faceva riferimento poi anche articolando un po' questa materia, quali sono le azioni di prevenzione per esempio che attivate oltre che ovviamente nel momento in cui arriva la

richiesta al Centro di ascolto, è già emergenza per così dire? Allora, ci sono delle politiche di prevenzione che attivate rispetto a questo tema?

Poi, un'altra questione che riguarda il tema delle urgenze abitative. Adesso ho l'esperienza per quanto riguarda la Provincia di Verona, però la Caritas si attiva per esempio con l'Ater per trovare anche soluzioni che possono essere adeguate anche alla richiesta dell'offerta, cioè dà una mano o contribuisce a essere facilitatore per così dire rispetto alle urgenze o alle emergenze che possono emergere in questo ambito? Grazie.

Michele TRABUCCO (Caritas Diocesane del Veneto)

Riguardo alla risposta che dà Caritas posso dare alcuni esempi indicativi di come la risposta in qualche modo si trova un po' articolata. Partendo dalla situazione abitativa sicuramente può essere un esempio indicativo uno dei progetti che si chiamano poi a vario modo insomma con le Caritas, i progetti di affitto calmierato, chiamiamolo così, quindi ci sono in diverse situazioni penso sicuramente a Vicenza, a Treviso e in altre realtà dove la Caritas si fa carico per un periodo ben determinato di sostenere parzialmente l'affitto di alcune persone che appunto vengono a chiedere, per cui si cerca di provvisoriamente dare una risposta che, però, appunto è legata certamente a un termine e che nello stesso tempo coinvolge i diversi soggetti del territorio, in modo particolare il rapporto con gli Assessorati del Sociale nei vari territori.

Da quello che mi risulta non c'è ancora, come dire, un accordo quadro dal punto di vista per esempio del rapporto con gli Ater, e questo sarebbe auspicabile perché a esempio nel programma operativo "FESR 2014-20" due delle azioni che

sono in riferimento proprio alle persone, all'obiettivo 9 dell'inclusione sociale, richiamavano proprio l'interazione, alla collaborazione con gli Ater proprio per la possibilità di ristrutturare gli edifici e quindi in qualche modo collaborare per cui, come dire, noi poter offrire il supporto, l'indicazione da un punto di vista o del personale o comunque dell'indicazione delle persone che poi appunto potrebbero accedere a queste abitazioni.

Quindi da un punto di vista della casa questo è uno dei progetti che funzionano un po' meglio, che portano appunto dei benefici perché generalmente queste persone che rientrano in quella categoria di nuove povertà vivono un periodo anche.., non sono poveri cronici, quindi gli basta molte volte un piccolo input economico oltre che di supporto e anche di consulenza per poter poi in qualche modo passare questa fase di difficoltà e in qualche modo recuperare.

Altri esempi di nuove povertà, appunto, di persone che perdono il lavoro e quindi in alcune Caritas ci sono alcuni progetti, per esempio a Vicenza si chiama "Ripartiamo" dove anche qui insieme ai soggetti soprattutto nel mondo imprenditoriale, Confindustria, artigiani e commercianti, si crea un partenariato per poter offrire un breve periodo di inserimento lavorativo, oppure se sono giovani una sorta di tirocinio, per cui la Caritas anche qui economicamente interviene anche in alcune zone di Verona, e penso - che conosco abbastanza bene - alla realtà del "Samaritano" che è una cooperativa legata alla Caritas.

Questo un po' per dare l'idea di alcuni esempi insomma, quindi con un metodo di lavoro, di intervento e di supporto.

PRESIDENTE

Grazie mille.

Consigliere Sinigaglia, prego.

Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)

Grazie. Molto semplicemente, visto che siamo in vicinanza della discussione al Bilancio, se avete qualche indicazione specifica su qualche legge, su qualche capitolo di spesa che magari ritenete opportuno il Consiglio faccia un'adeguata attenzione e svolga in maniera approfondita il lavoro di ampliamento del contributo, del finanziamento, se avete qualcosa di specifico.

Poi, se potete esprimere un giudizio sui lavori di pubblica utilità. Il Consiglio regionale ha cercato in questi ultimi anni di impostare una linea di finanziamento sui lavori di pubblica utilità, mi sembra di capire che voi siete coinvolti in vari modi, in varie forme di fronte a questi progetti che coinvolgono il mondo delle associazioni, delle cooperazioni e gli Enti locali. Se è una linea che vale la pena di perseguire, di implementare e di coltivare in modo tale da raggiungere gli obiettivi di reinserimento nel mondo lavorativo delle persone che si trovano appunto in difficoltà dal punto di vista economico e dal punto di vista lavorativo. Grazie.

Michele TRABUCCO (Caritas Diocesane del Veneto)

Grazie anche di questo intervento. La premessa un po' che facevo prima - e lo dico anche abbastanza innocentemente - è questa: le Caritas sono nove soggetti e sono molto radicati sul territorio e abbastanza differenziati tra di loro, quindi in riferimento alla richiesta di alcune eventuali linee di finanziamento al budget e in riferimento anche al fatto di questa nostra attenzione in qualche modo abbastanza

recente nei confronti un po' della Regione a livello generale non è emersa una particolare richiesta.

Nel mio intervento facevo riferimento ad alcune categorie di persone che nel passato hanno in qualche modo ricevuto o sono state oggetto di attenzione nel Bilancio, penso appunto per quanto riguarda la realtà dei senza dimora piuttosto che le donne vittime della tratta, e su questo magari ecco l'importanza di non soltanto metterlo sulla carta, ma poi di renderlo anche operativo e fattivo perché appunto non basta semplicemente annunciarlo.

Il riferimento ai lavori di pubblica utilità anche qui con esperienze diverse non tutti l'hanno messo in atto, molti l'hanno attuato attraverso appunto anche le cooperative e da quello che so io non abbiamo un report di numeri o di quant'altro. Da quello che ho sentito io è che l'esperienza è molto positiva, perché appunto permette a queste persone soprattutto nel momento in cui la Caritas diventa un soggetto interlocutore anche di prendere in carico la persona a 360 gradi, quindi sicuramente la possibilità di continuare questo tipo di interventi di supporto sicuramente è vista di buon occhio e probabilmente continuando su questa linea magari anche altre Caritas potrebbero, quindi, in modo generale poter tutte attuare questo tipo di interventi. Grazie.

PRESIDENTE

Grazie mille. Altre domande?

Se posso, le faccio io una domanda. Lei ha parlato di nuovi poveri e visto che siamo anche in argomento di Bilancio come Caritas Veneto, dato che anche avete il polso della situazione, come la vede l'introduzione di un reddito di

cittadinanza o quantomeno di un reddito di integrazione minimo all'interno del tessuto sociale Veneto?

Michele TRABUCCO (Caritas Diocesane del Veneto)

Come credo sappia, la Caritas fa parte di questo network che a livello nazionale, insieme ad altre associazioni, porta avanti la richiesta di poter aver un reddito di cittadinanza, poi è stato declinato in vari termini. Quindi sicuramente anche a livello veneto la richiesta o comunque la possibilità di vederlo strutturato, e quindi fruibile a una determina fascia di persone è sicuramente ben visto e appoggiato dalla Caritas.

In riferimento ad un aspetto, come dire, di principio generale, come dicevo all'inizio, anche la Caritas, a parte la risposta emergenziale, non vuole essere una semplice o appiattita realtà di assistenza, quindi anche un intervento del genere non vedrebbe di buon occhio anche la Caritas se fosse semplicemente in un'ottica di assistenza, ma effettivamente deve essere un intervento di tipo economico, che possa essere, però, in qualche modo supportato e condizionati a determinate altre azioni sia da parte dell'ente, dell'istituzione, ma soprattutto poi dalla persona che deve attivarsi e non adagiarsi, quindi su questo, anzi, se ci fosse poi anche un dibattito ulteriore visto che a livello nazionale un po' con alcune sfumature ci sono delle differenze, però insomma sarebbe bello e interessante approfondirlo. Grazie.

PRESIDENTE

Raccolgo il suo invito e non mancheremo di accendere un dibattito su questo. La documentazione l'ha già lasciata presso gli Uffici o deve lasciarla?

Michele TRABUCCO (Caritas Diocesane del Veneto)

Non ce l'ho, devo stamparla..

PRESIDENTE

Ce la può mandare allora.

Michele TRABUCCO (Caritas Diocesane del Veneto)

La mando via mail.

PRESIDENTE

Grazie.

Michele TRABUCCO (Caritas Diocesane del Veneto)

Grazie a voi e buon lavoro.

PRESIDENTE

Vi do un ordine dei tempi di lavoro: abbiamo ancora un'audizione, dopodichè riprenderemo all'una e mezza.

Associazione Malati Reumatici. Buongiorno, le chiedo la cortesia da presentarsi e se ha della documentazione dopo di lasciarla. Grazie mille.

Silvia TONOLO (Presidente Associazione Malati Reumatici del Veneto)

Certo. Sono Silvia Tonolo e rappresento l'Associazione Malati Reumatici del Veneto, l'unica associazione nel territorio della Regione Veneto che rappresenta i malati reumatici che sono circa il 19% della popolazione veneta, quindi pari a circa 945 mila abitanti.

Io vi ringrazio intanto per avermi dato la possibilità di essere qui, perché è la prima volta che A.Ma.R.V. riesce

nonostante un tavolo di lavoro, che però purtroppo è poco operativo questo periodo, che è stato fatto circa nel 2013, ma si è riunito poco, ad avere un po' di voce perché voglio dire le patologie reumatiche le principali sono l'artrite reumatoide, che è una patologia prevalentemente femminile, ma ci sono anche patologie molto invalidanti, come la spondilite anchilosante - detta malattia della colonna a canna di bambù - che spesso e volentieri non viene considerata, perché le patologie reumatiche sembra siano destinate a una popolazione di persone anziane. In realtà, io ne sono l'esempio lampante che sono una malata reumatica e mi sono ammalata a 28 anni.

Allora, come Associazione io rappresento circa 3 mila soci a tutt'oggi, però ci sono molti simpatizzanti e diciamo che ho avuto la possibilità di entrare in questo tavolo di lavoro nella Regione Veneto grazie all'assessore Coletto che nel 2013 ha messo in piedi questo tavolo in cui c'era l'Associazione di pazienti e i medici reumatologi del territorio.

In Veneto attualmente ci sono 60 reumatologi operanti e diciamo che dal punto di vista della disponibilità dei medici reumatologi non c'è nessun problema nel senso che 60 potrebbe anche andare bene, il problema è la distribuzione dei reumatologi. Ci sono delle realtà difficili, come per esempio Rovigo, in cui non riusciamo ad ottenere i farmaci biologici nonostante la richiesta di A.Ma.R.V. sia stata più volte sollecitata anche all'Assessore e anche al Segretario Mantoan.

I farmaci biologici - vi dico due parole solo - sono dei farmaci di nuova tecnologia che sono stati inseriti circa nel 2000 che riescono a dare la possibilità al malato reumatico di conseguire la sua vita normale e diciamo non

sempre, però spesso e volentieri questi farmaci danno la possibilità di condurre una vita normale, quindi di continuare a lavorare perché a livello italiano le invalidità date ai malati reumatici sono al secondo posto. Quindi vuol dire che c'è da discutere su questo, perché evidentemente 24 milioni di giornate perse all'anno dalle persone in Italia per queste patologie vuol dire che forse sono anche sottovalutate e non prese in considerazione come dovrebbero. Si sente parlare spesso di ipertensione, di diabete, di malattie come i tumori che sicuramente hanno la loro importanza, ma hanno importanza anche le malattie reumatiche, per cui io credo - e ritorno al discorso dei farmaci biologici - che i farmaci biologici danno la possibilità al malato di continuare a condurre la propria vita, di non essere un costo, ma un investimento perché una persona che si ammala a 30 anni non può diventare un costo immediato, deve diventare un investimento per tutta la società. Per cui questi farmaci biologici che servono al malato per andare avanti costano circa intorno dai 15 ai 20 mila euro l'anno alla Regione, ma poi l'anno successivo possono già diminuire perché se il malato ha una risposta positiva può diminuire la dose diciamo di farmaci biologici. Rovigo - e faccio l'esempio di Rovigo - non ha la distribuzione di farmaci biologici, ha la distribuzione dei farmaci biologici per i malati di Crohn, e quindi per le malattie gastrointestinali, e per i malati dermatologici, per cui vuol dire che c'è una distinzione fra i malati di malattie reumatiche e i malati di Crohn o gastrointestinali e dermatologici, cioè malati di serie A e di serie B, perché chi ha una artrite psoriasica non può fare un biologico, chi ha una psoriasi può fare il biologico a Rovigo.

Cosa deve fare chi sta a Rovigo? Chi sta a Stienta? Chi sta in un paese all'interno diciamo del rodigino? Deve andare a Ferrara a prendersi i biologici, quindi un ulteriore costo per la Regione perché questi poi tornano indietro, oppure vanno a Padova.

Secondo me, dal mio punto di vista di malata non credo che una persona che ha 50 anni, e quindi nel pieno della sua vita, possa in momenti di acuzie della malattia permettersi di andare a Ferrara a prendersi i farmaci biologici con la borsetta frigo e tornarsene a casa, ha bisogno di qualcuno che la accompagni.

Allora, secondo me, anche il discorso della rete reumatologica che in qualche modo A.Ma.R.V. ha dato la possibilità di essere deliberata - e anche soprattutto voi - a fine dicembre la rete reumatologica detta anche delle regole su questo, diciamo che è stata fatta a grandi linee, quindi con il discorso della distribuzione dei reumatologici e quindi delle aree territoriali, ma il problema fondamentale è anche la distribuzione dei farmaci biologici, perché noi per esempio - io parlo per la mia U.S.L., che è l'U.S.L. 13 - i farmaci biologici ci sono solo per i malati gastrointestinali e i malati dermatologici, io sono costretta a andare a Padova a prendermi i farmaci biologici. Allora, io credo che nel 2016 dobbiamo riflettere anche su questo. È una cosa importante, i malati reumatici hanno bisogno di un sostegno da parte delle istituzioni e non credo che una carta debba passare da un tavolo all'altro e non arrivare a destinazione perché a Peschiera del Garda, che ancora un anno e mezzo fa erano stati promessi i biologici, non sono ancora arrivati.

La cosa che poi vorrei sottolineare e che vorrei mettere alla vostra attenzione è la distribuzione delle ore

territoriali. A.Ma.R.V. non ha mai chiesto posti letto, perché i posti letto per le patologie reumatiche non sono necessari, fino a qualche anno fa Venezia aveva dai 12 ai 18 posti letto come UOC, come Unità Operativa Complessa. A noi i posti letto non interessano. A noi interessano ambulatori in day hospital perché le persone che devono fare cure tipo appunto il biologico piuttosto che degli altri farmaci in vena hanno bisogno di ambulatori anche integrati con altre patologie, noi non abbiamo distinzioni, non vogliamo qualcosa ad hoc, a noi basta che ci sia anche la Reumatologia all'interno di una Medicina Interna e che venga implementata la Reumatologia nella Medicina Interna, perché un reumatologo che esce con una specializzazione può essere di aiuto alla Medicina Interna e allo stesso tempo ovviare a quelle che sono le liste d'attesa, perché ne abbiamo fatto, come dire, una campagna elettorale sulle liste di attesa, perdonatemi, su Mirano - io faccio l'esempio di Mirano e di Treviso - siamo intorno ai 150 giorni, un malato reumatico 150 giorni non può permetterseli. A Treviso siamo intorno ai 9-10 mesi, un malato reumatico 9-10 mesi non può aspettarli, perché vuol dire che diventa un costo per voi, per noi, per tutti perché una persona che si ammala e che ha bisogno di una visita reumatologica spesso non viene percepito dal medico di Medicina Generale, questa persona deve fare degli ulteriori screening, quindi la risonanza magnetica che costa un sacco di soldi, lo sappiamo bene che costa 700 euro. Bene, A.Ma.R.V. vi dice: "Sappiate che con un'ecografia, che costa 23 euro, a volte si risolvono delle patologie importanti quali l'artrite reumatoide, oppure un fenomeno di Raynaud che si trasforma in una sclerodermia che non è curabile".

Allora, se voi volete in qualche modo ascoltare dalla parte delle associazioni, le associazioni vi possono in qualche modo dare questa possibilità, come dire, di sostegno a noi, ma anche sostegno a voi per poi far quadrare il Bilancio.

PRESIDENTE

Grazie mille.

Se ci sono delle domande? Prego consigliera Bartelle.

Patrizia BARTELLE in GRILLO (Movimento 5 Stelle)

Io sono della Provincia di Rovigo, quindi mi spiace aver sentito quanto lei ha detto.

Ma questa mancanza di distribuzione sul territorio di questi farmaci biologici da cosa dipende? Da una mancata sensibilizzazione da parte dell'ospedale di Rovigo, dal Primario che non fa la richiesta adeguata o perché ci sono poche risorse, quindi la Regione le destina in qualche maniera? Qual è la motivazione che in una parte li abbiamo e dall'altra no?

Silvia TONOLO (Presidente Associazione Malati Reumatici del Veneto)

Allora, io non credo ci sia una mancata sensibilizzazione dal punto da vista della Regione perché io con l'assessore Coletto piuttosto che anche con la dottoressa Scrocaro del Settore Farmaceutico non mi hanno mai negato diciamo biologici, ma credo sia una questione burocratica e comunque so per certo che almeno nella mia U.S.L. succede questo. All'epoca con il vecchio Direttore Sanitario non ha voluto sentir parlare di ore di Reumatologia e nemmeno di biologici, perché per lui nel budget non entravano, che poi, voglio dire, è una farsa perché comunque io che dipendo

dall'U.S.L. 13 prima o dopo gli ritornano nel conto, perché io li vado a prendere a Padova, poi gli ritornano.

Quindi, voglio dire, c'è una distinzione da e fare. Evidentemente alcuni non hanno la sensibilità e a volte c'è troppa burocrazia.

Patrizia BARTELLE in GRILLO (Movimento 5 Stelle)

Grazie.

Silvia TONOLO (Presidente Associazione Malati Reumatici del Veneto)

Grazie a voi.

Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)

Solo un'informazione: la produzione del farmaco biologico. Chi è che la produce? Che tipo di farmaco è? E il fatto che sia a disposizione in alcune U.S.L. piuttosto che in altre U.S.L. da cosa dipende? Dal budget oppure anche dal sistema di produzione del farmaco biologico? Ci sono dei centri che producono il farmaco biologico?

Silvia TONOLO (Presidente Associazione Malati Reumatici del Veneto)

No. Allora, ci sono dei centri prescrittori che sono dettata dal settore farmaceutico della Regione Veneto, come credo in tutte le altre Regioni. Il problema è che la distribuzione evidentemente non è così uniforme come diciamo ci si aspetta, perché bisognerebbe capire per quale motivo per esempio a Vicenza abbiamo un'ottima distribuzione perché c'è sia il "Santorso", che Vicenza, che Bassano, che hanno i biologici. Per esempio, nel territorio di Venezia, Mestre e Venezia hanno il biologico, ma per esempio Mirano e Dolo che

ha un bacino di circa 275 mila abitanti non c'è; Rovigo, che è una Provincia che comunque non va sottovalutata, non si capisce per quale motivo i biologici ci siano per alcune patologie e per altre no, cioè perché per i dermatologici e per chi ha delle malattie gastrointestinali sì e per chi ha le malattie reumatiche no, quando c'è una richiesta che viene sia dal medico che cura, sia dai malati. Vuol dire che c'è qualcosa che..

Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)

E' una questione di distribuzione. Io penso che anche come Commissione potremmo inviare la richiesta che sia assicurata in tutta la Regione la distribuzione omogenea di questi farmaci di tipo biologico, quindi farcene carico immediatamente come Commissione di garantire questa distribuzione, che avvenga appunto in tutte le U.S.L. e in tutte le strutture dove si ha a che fare con il trattamento delle malattie reumatologiche insomma.

Silvia TONOLO (Presidente Associazione Malati Reumatici del Veneto)

Certo.

Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)

So che c'è un'esperienza molto importante nel Veneto anche di pediatria reumatologica.

Silvia TONOLO (Presidente Associazione Malati Reumatici del Veneto)

Certo che sì. C'è un'associazione importante, che è l'Associazione "Il Volo", che è un'associazione che cura le patologie reumatiche infantili che sono delle patologie

tremende, perché l'artrite idiopatica giovanile è una patologia che colpisce già dalla nascita e lì al "Volo", che è questa associazione che è appoggiata alla Pediatria reumatologica di Padova, hanno in cura questi bambini e noi insieme abbiamo cercato in qualche modo anche con il tavolo regionale di smuovere il famoso ambulatorio di transizione che è un ambulatorio importantissimo per i malati bambini diciamo, perché prima o dopo diventeranno degli adulti e hanno una fase, che è quella dell'adolescenza, in cui spesso e volentieri abbandonano ogni tipo di cura perché hanno diciamo, come dire, disagi psicologici e quindi quelli del "Volo" ci avevano contattato per riuscire attraverso il tavolo regionale di implementare questo ambulatorio che servirebbe, come dire, per accompagnare dall'età di adolescente all'età adulta perché spesso e volentieri quando cominciano a fumare, cominciano a bere lo spritz sentono parlare di biologico che fa male, mollano subito e immediatamente, ma anche le terapie quelle basilari diciamo, i farmaci di fondo che sono il methotrexate piuttosto che la salazopirina, la ciclosporina. Poi loro hanno un grosso problema, che è l'osteoporosi perché loro prendono tantissimo cortisone fin da quando sono con il pannolone, per cui se lo portano dietro e hanno dei problemi proprio anche di osteoporosi, per cui bisogna seguire tante fasi della patologia e non sono pochi i bambini che soffrono di queste patologie.

PRESIDENTE

Grazie. Altri interventi? Prego consigliera Salemi.

Orietta SALEMI (Partito Democratico)

Posso chiedere una cosa, più per una curiosità? Rispetto a questa esigenza primaria di cui lei parlava, di tipo farmacologico, quindi la rete di distribuzione, mi chiedo rispetto per esempio ai bambini che sono affetti da questo tipo di patologia, c'è una presa in cura anche della famiglia che penso che abbia un impegno anche di spesa oltre che di sforzo, di energie, di concentrazione rispetto al tema rispetto al tema, perché la situazione pediatrica a differenza dell'adulto..?

Silvia TONOLO (Presidente Associazione Malati Reumatici del Veneto)

No, non c'è distinzione nel senso che l'adulto che si prende in carico di un bambino che ha una patologia reumatica è uguale a quello che vive la patologia reumatica che spesso e volentieri, come dire, si autoesclude dalla società proprio perché ha paura di un confronto e di essere diverso dagli altri.

Il fatto anche poi di lasciare spesso e volentieri il posto di lavoro questo nessuno lo valuta mai, perché a volte per esempio che lavoro a Venezia ho avuto dei momenti in cui non riuscivo a arrivare Venezia, però lavorando il privato non mi è concesso..

Orietta SALEMI (Partito Democratico)

Infatti volevo arrivare a questo punto.

Silvia TONOLO (Presidente Associazione Malati Reumatici del Veneto)

Anche chi ha la tutela di un bambino che è malato reumatico spesso e volentieri ha il bambino che è ricoverato, magari

in fase di acuzie, quindi in qualche modo bisognerebbe dare la possibilità di avere più tutela del genitore che ha in cura questo bimbo.

Orietta SALEMI (Partito Democratico)

Grazie.

Silvia TONOLO (Presidente Associazione Malati Reumatici del Veneto)

Grazie a voi.

PRESIDENTE

Grazie mille. Allora attendiamo il suo materiale.

Silvia TONOLO (Presidente Associazione Malati Reumatici del Veneto)

Certo.

PRESIDENTE

E la ringraziamo per il suo tempo e per la sua relazione.

Grazie e arrivederci.

Silvia TONOLO (Presidente Associazione Malati Reumatici del Veneto)

Grazie a voi, grazie della possibilità.

Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)

Presidente, riguardo alla richiesta che facevo prima, si può tranquillamente fare come Commissione che dà un'indicazione alla struttura di verificare e assicurare che ci sia la distribuzione omogenea in tutto il territorio del Veneto del

farmaco biologico per le malattie reumatiche, la dà come indicazione la Commissione.

PRESIDENTE

C'è una delibera - gli Uffici controlleranno - per la somministrazione appunto del farmaco biologico.

Alberto VILLANOVA (Zaia Presidente)

Forse è il caso anche di fare magari un'audizione con qualche rappresentante dei medici per sentire cosa ne pensano, prima di fare una delibera forse bisogna sentire.

Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)

No, non c'è una delibera, è solo un invito alla Direzione Sanitaria di verificare se c'è questa diversità di trattamento U.S.L. e U.S.L., e se qualora ci fosse la diversità di intervenire assicurare un'omogeneità. Non c'è necessità di una delibera.

Alberto VILLANOVA (Zaia Presidente)

Sì, ma potremmo prima fare un'audizione e sentire se effettivamente ci sono dei motivi scientifici.

PRESIDENTE

Sono sicuro che arriveranno tutte le richieste in maniera precisa e puntuale agli Uffici e verrà tutto e fatto al meglio per togliere ogni dubbio.

Vi ringrazio e ci rivediamo all'una e mezza per proseguire con le audizioni. Grazie.

La Seduta è sospesa alle ore 12.40

(Seduta pomeridiana)

PRESIDENTE

Buongiorno.

Continuiamo le audizioni in merito alla Legge di stabilità e al Bilancio previsionale. Vi chiedo la cortesia di presentarvi, avete circa un quarto d'ora per la vostra relazione, poi se avete del materiale lo potete lasciare agli uffici oppure mandare via mail, dopodiché ci saranno le domande da parte dei Consiglieri.

Prego, a voi la parola.

Barbara MACULAN (Presidente Associazione Mimosa e Cooperativa Equality)

Abbiamo del materiale cartaceo qui con noi, quindi ve lo lasceremo. Sono Barbara Maculan Presidente dell'Associazione Mimosa e della Cooperativa Equality, con qualcuno dei Consiglieri ci siamo già visti a ottobre sempre sul bilancio 2015, il tema di cui noi ci occupiamo è la tratta, lo sfruttamento sessuale. Come Cooperativa Equality qui abbiamo anche la collega di Verona.

Noi copriamo tre territori su cinque interessati dal fenomeno dello sfruttamento sessuale, cioè copriamo i territori di Padova, Vicenza e Treviso. I dati su questo argomento sono dati piuttosto significativi e sono comunque una sottostima, cioè la tratta si incunea, si inserisce nel fenomeno della prostituzione, ma quasi tutte le persone che noi vediamo in strada sono in realtà vittime di sfruttamento, con sfumature diverse, in alcuni casi si parla anche di riduzione in schiavitù. Tanto per intenderci, nella nostra Regione sono 1.500 persone diverse, che le unità di

strada che noi rappresentiamo qui oggi contattano nel corso di 12 mesi. Il che non vuol dire che quando si esce in strada ci siano contemporaneamente 1.500 persone diverse, ma che nell'arco dell'anno noi contattiamo queste.

In questo tipo di lavoro non siamo soli, ovviamente, è un fenomeno complesso quello della tratta dello sfruttamento che ha bisogno di interventi complessi e multidisciplinari. Ecco perché facciamo parte di un sistema veneto che è il sistema di supporto alle vittime di tratta, sistema d'eccellenza a livello nazionale e internazionale; vengono a studiarci da Europa, dal resto anche delle Regioni. Perché? Perché il primo tassello di questo complesso di interventi è pagato, è sostenuto dalla Regione Veneto con un fondo, il fondo regionale 41/97. È un fondo che volle il Governatore Galan nella sua Giunta negli anni '90, appunto, verso la fine degli anni '90, quando il fenomeno era emergenziale, quindi le città avevano una presenza consistente di vittime di tratta e di abuso e di sfruttamento sessuale. È un fondo questo che è andato via via sfoltendosi nel tempo, sono 8 anni che noi puntualmente veniamo in Regione, quando riusciamo in fase di Bilancio previsionale oppure in extremis, perché magari non ce la si fa, in Assestamento di bilancio. Perché? Perché è un fondo che sparisce, è sparito dai bilanci, con l'eccezione dello scorso anno, cioè dopo 8 anni di richiesta di attenzione su questo tema, perché la Regione veramente con pochissimo, si parla di 200 mila euro all'anno, riesce a finanziare questo tipo di attività che è il primo tassello di un complesso sistema di interventi, che poi porta alla collaborazione con le forze dell'ordine, la magistratura, i servizi sociali.

Quindi, va in un'ottica di sicurezza urbana, pubblica, di salute pubblica perché contattiamo queste persone, favoriamo

l'emersione dello sfruttamento e le accompagniamo a fare i controlli sanitari. Quindi ha una ricaduta non solo sulle persone direttamente interessate, ma anche quelle che comprano le loro prestazioni sessuali e sono tante le persone che lo fanno e che potrebbero essere moltiplicatori rispetto alle infezioni, perché mariti, compagni, figli, etc..

Detto questo, quindi, con poco la Regione potrebbe veramente sostenere questo sistema d'eccellenza, ripeto, che non è uniformemente diffuso se non fosse che con nostro grande piacere vediamo nel Bilancio 2015 ricomparire la legge 41/97 con 100 mila euro, a settembre, primi di ottobre ci rivediamo e riusciamo, appunto, a riportare l'attenzione e sostanzialmente dal Bilancio abbiamo 190 mila euro, senonché l'impegno di spesa non è mai stato fatto. Quindi, quello che si è determinato è che i servizi si stanno per fermare. Noi ovviamente rappresentiamo il privato sociale, è un trasferimento che va sull'ente locale e l'ente locale fa le gare d'appalto, gli incarichi diretti, dipende da territorio a territorio. Senonché non è mai stato fatto l'impegno di spesa.

La domanda che noi vi vorremmo fare è questa: che fine hanno fatto quei finanziamenti? E soprattutto: c'è la possibilità che vengano perduti o verranno prima o poi impegnati?

L'altra cosa che vorremmo chiedervi è rispetto al 2016. Noi abbiamo incontrato l'assessore Manuela Lanzarin, ci siamo anche sorprese anche del fatto che ci abbia dato rapidamente appuntamento, avrebbe confermato che sul Bilancio previsionale del 2016 - vi chiediamo se ce lo riuscite a confermare anche voi - sono stati stanziati di partenza 100 mila euro, per noi è importante sapere che c'è qualcosa e poi eventualmente per andarci a lavorare sull'Assestamento

di bilancio. E poi, soprattutto, che cosa succede se non viene fatto l'impegno di spesa su questi fondi, finiscono sulle riserve, finiscono nel calderone? Se ci potete qualche delucidazione in più.

Concludo, non so se la collega vuole aggiungere qualcosa, col dirvi veramente che si tratta di uno sforzo, io credo, per un Bilancio regionale minimo, dal quale si ottiene molto. Anche perché i costi sono molto contenuti il fatto che noi abbiamo figure professionali ma anche volontari, cioè le equipe sono miste. Con il volontariato si contengono i costi, ma è un servizio che costerebbe, giusto per avere un'unità di misura di partenza, intorno ai 300 mila euro, più o meno 50 mila euro per servizio sul territorio; all'anno, negli ultimi tempi, abbiamo portato a casa sui 200 mila euro. Quindi con poco si fa molto, anche in termini, appunto, numerici, che poi è una ricaduta sull'intera collettività. Grazie.

Assume la Presidenza

Il Presidente Fabrizio BORON

PRESIDENTE

Grazie a voi.

Di quanto avete esposto avete un documento che lasciate agli atti?

Barbara MACULAN (Presidente Associazione Mimosa e Cooperativa Equality)

Noi abbiamo preparato, l'avevamo lasciato anche all'assessore Lanzarin quando ci siamo incontrati, un resoconto dell'attività che è finanziata dalla Regione Veneto sulle unità di strada e tutto, lasciamo questo.

PRESIDENTE

I Consiglieri hanno qualche domanda?

Prego, consigliere Salemi.

Orietta SALEMI (Partito Democratico)

Grazie e ben tornato, Presidente.

Ringrazio per la relazione, veramente a una domanda ha già risposto lei subito perché io volevo capire, appunto, quanto poteva ammontare il complessivo di spesa in modo tale da avere una idea sulla copertura, sulla necessità della copertura del costo, ma mi pare che dicesse sui 300 mila euro.

Noi ci assestiamo sui 150-200 mila euro, mi pare, a Bilancio, nello scorso mi pare che sia questo.

Barbara MACULAN (Presidente Associazione Mimosa e Cooperativa Equality)

190 mila, sì.

Orietta SALEMI (Partito Democratico)

Lei facendo lo storico diceva che questo fondo è nato con la Giunta Galan quando c'era un fenomeno che era emergenziale. Adesso le chiedo: la situazione rispetto a quell'epoca è una situazione, come dire, che è difficilmente controllabile perché ancora c'è molto sommerso oppure possiamo avere dei dati che ci permettono anche di fare un confronto rispetto all'epoca in cui era stato stanziato questo fondo? Anche per capire l'ordine della cifra che potremo andare a impegnare.

Mi permetto di fare una considerazione oltre alle domande che pongo. Mi pare che dalla descrizione emerga in modo chiaro, ma era già venuto fuori in fase di Assestamento, che

nel momento in cui noi riusciamo a intervenire a livello preventivo evidentemente non abbiamo il costo sociale che è importante perché ha una ricaduta significativa. Giustamente, si precisava che l'impegno di spesa per la Regione è relativo, ma verrebbe a dare delle garanzie anche di assistenza e di cura che possono permettere di non avere un costo sociale molto più impegnativo, addirittura triplicato rispetto all'impegno.

Se lei fosse così gentile da darci qualche dato, anche se poi ha lasciato il report all'Assessore, magari possiamo farci un'idea anche come Commissione. Grazie.

Barbara MACULAN (Presidente Associazione Mimosa e Cooperativa Equality)

In più abbiamo anche un altro paio di copie in bianco e nero.

PRESIDENTE

L'importante è che date una copia alla struttura, poi loro fanno le copie e distribuiscono ai Consiglieri.

Barbara MACULAN (Presidente Associazione Mimosa e Cooperativa Equality)

Allora, rispetto al fenomeno della tratta in Italia tutto nasce in quegli anni lì, non è solo il Governatore Galan, però la differenza tra la Regione Veneto e le altre Regioni è che la Regione Veneto si è dotata di questa legge che non c'è in altre Regioni.

Questo ha dato vita a un sistema di eccellenza che parte dal primo tassello che viene coperto dal Fondo regionale 41/97 che finanzia le unità di strada, poi ci sono altri interventi pagati dal Dipartimento pari opportunità sulla

tratta, sono altri progetti e poi c'è il lavoro delle forze dell'ordine, della magistratura, degli enti locali, etc., fino a arrivare... tutta la filiera. Per cui la potenziale vittima di tratta viene contattata in strada, segue tutta la filiera fino a arrivare all'autonomia. Tutti questi tasselli, solo nella Regione Veneto, sono coperti da finanziamenti pubblici, questo ci rende modello di eccellenza. Anche perché è un modello che ha più di dieci anni, anzi ha quasi vent'anni, e è un modello veramente comunicante ma nel vero senso della parola e coordinato. E il coordinamento c'è quando l'operatore sociale fa il suo lavoro, quando il pubblico ufficiale fa il proprio, quando io so qual è il lavoro del magistrato o delle forze dell'ordine e nessuno si sostituisce all'altro, ma ognuno sta nelle proprie competenze parlandosi. Questo è proprio quello che rende speciale questa cosa.

Quindi, i dati rispetto a quegli anni lì sono in aumento non sono in diminuzione. Purtroppo il Veneto continua a essere centrale rispetto alle rotte, si parla prevalentemente di 1.500 persone, prevalentemente straniere, ovviamente la percentuale di donne italiane che si prostituiscono in strada è minima, quasi nulla, il 2%. Sono persone che vengono indotte all'esercizio della prostituzione, ridotte delle volte in schiavitù e stiamo assistendo anche a degli ibridismi. Mi spiego. Mentre un tempo le donne nigeriane che arrivavano sul nostro territorio provenivano dall'Italia del nord ovest e prima ancora Francia e Spagna, oggi arrivano direttamente dal Canale di Sicilia, con le rotte dei migranti; passano nei centri di accoglienza come richiedenti asilo, arrivano ad avere il modulo C e scappano, perché l'organizzazione gli dice questo "di raggiungere un punto di riferimento sul territorio" e vengono indotte all'esercizio

della prostituzione. Quindi, anche il nostro lavoro è quello di comunicare il sistema tratta con il sistema richiedenti asilo, perché ci sono degli ibridismi in questa fase.

Non solo, quello che probabilmente succederà in Europa è - ci auguriamo di no - che ci sia una chiusura, noi ci auguriamo che Schengen non chiuda, però ci potrebbe essere un assetto diverso. Quello che si potrebbe verificare è che tornino dei migranti indietro o vengono ridistribuiti in territori dove erano passati o che arrivino non più solo e attraverso il mare, ma anche attraverso la rotta balcanica. Se questo succedesse, vuol dire che nelle nostre Regioni, soprattutto noi triveneto, saremo comunque investiti anche da questo. L'ambito dello sfruttamento sessuale è un ambito lavorativo, per cui esseri umani vengono impiegati lì per ripagare debiti o essere sfruttati. Si tratta comunque di violazione di diritti umani e su questo, ripeto, noi siamo una eccellenza.

Non è una domanda che è stata fatta però ci tengo a dirvela, ci tengo a comunicarvi un altro concetto. Ci sono territori del Veneto in cui si è smesso di lavorare per degli anni sulla tratta, cioè il territorio di Treviso. Parlo di Treviso città, non sull'asse del Terraglio dove gli amministratori, ordinanze, cartelli, avevano battuto un colpo, non so come dire. Ma su Treviso città per molti anni si è mollato nell'ambito della tratta, sia a livello istituzionale, sia a tutti i livelli: il comune, anche un po' le forze dell'ordine. Non è che il fenomeno sparisce, non è che se non te ne occupi, perché questi servizi sono presidi, quei fenomeni spariscono dal territorio. Anzi, viceversa, contrariamente tu lasci carta bianca alle organizzazioni criminali per organizzarsi come credono. Questo ve lo diciamo a ragion veduta perché coprendo il

territorio di Padova, di Vicenza e di Treviso quando siamo arrivati a Treviso abbiamo visto, con l'amministrazione precedente a questa, delle grandissime differenze in termini di sfruttamento, lì c'è uno sfruttamento alla vecchia maniera, cioè proprio sfruttatori visibili in strada con le macchine che girano, etc.. Tanto per dirvi, le ragazze che noi contattiamo in strada, adesso ovviamente le abbiamo accompagnate a denunciare quello che sanno, ci riferivano che la famosa Audi gialla fosse in qualche maniera collegata all'ambito dello sfruttamento sessuale nel territorio del trevigiano. Ci riferiscono questo. Adesso stanno parlando anche con gli inquirenti, quelle che ci hanno comunicato insomma queste cose. Quindi sono dei presidi, come dire, che aiutano la collettività.

Se volete, l'obiettivo alto è sempre quello del benessere della collettività, far sì che ci siano dei presidi che mediano anche i conflitti con la popolazione, perché ovviamente questi sono fenomeni che hanno un impatto sui rioni, nei quartieri, di tensioni sociali, quindi le unità di strada hanno anche questo compito. Non so se ho risposto.

PRESIDENTE

Grazie.

Prego, consigliere Sinigaglia e poi il consigliere Berti.

Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)

Volevo fare un po' un gioco di sponda, se mi consentite il termine, perché la vostra prima richiesta è stata quella di capire lo stanziamento dell'anno scorso se è stato erogato e come sia stato erogato. Giro la domanda all'Assessore: è perché non c'era la cassa e quindi non è stato liquidato oppure non è stato impegnato e quindi è andato nell'avanzo?

Era per capire questo e tranquillizzarli che se è una questione di liquidità arriveranno nel momento in cui ci sarà la disponibilità di cassa; se invece non è stato, chiaramente, erogato, non è stata fatta la delibera la questione è un'altra che probabilmente i fondi non ci sono più.

Poi, vedo che ci sono 100 mila euro quest'anno, se magari potessimo di comune accordo aumentare almeno a 150 non sarebbe male, almeno nel Bilancio di previsione. So che l'assessore Lanzarin è molto disponibile e quindi...

PRESIDENTE

Diciamo che il consigliere Sinigaglia più che una domanda all'associazione presente l'ha fatta all'Assessore, giusto? Quindi casomai ne discutiamo poi.

Cerchiamo di rimanere concisi con le risposte perché abbiamo altre persone, altre associazioni che devono fare audizioni. Prego, consigliere Berti.

Jacopo BERTI (Movimento 5 Stelle)

Grazie, Presidente.

Da quello che ho capito si tratta sempre di una tratta, perdonate il gioco di parole, però affrontata sempre dal punto di vista delle ragazze, quindi dello sfruttamento. Non voglio spostarla in termini economici, però di solito c'è un aumento in questo caso di un problema e di un fenomeno quando curva di domanda e offerta si incrociano: tanto più alta è la domanda tanto più alta è l'offerta, perché se no diventa antieconomico e siccome queste sono persone che vivono sfruttando economicamente persone vanno dove il mercato rende di più. Quindi, al lato pratico vuol dire che

qui in Veneto il mercato è molto florido, perché c'è la volontà da parte...

..Quindi la mia domanda è: è sempre stato affrontato questo problema dal punto di vista dello sfruttamento delle ragazze e quindi la lotta al fenomeno, però mi sembra che sia la parte finale. Quali sono, invece, delle azioni concrete o delle battaglie che avete fatto, e è mia colpa non conoscerle, per andare ad arginare dall'altra parte, quindi dalla parte chiamiamolo dell'utente, questo problema?

Barbara MACULAN (Presidente Associazione Mimosa e Cooperativa Equality)

Ci siamo sempre posti la domanda dell'altra metà del cielo, la risposta che ci siamo dati è che soprattutto è importante intervenire in chiave preventiva con i giovani nelle scuole. Quindi l'attività che si fa da sempre, parallelamente, è anche un lavoro di sensibilizzazione dei giovani, di solito ultime classi delle scuole superiori - forse è anche già tardi -, quando si vanno via via impostando anche rispetto ai comportamenti sessuali. Per sensibilizzarli a quelle persone, chi sono quelle persone, che cosa hanno dietro e quali sono le loro condizioni di vita e le condizioni lavorative.

Poi ci sono da fare dei distinguo, ora parlo per la mia organizzazione. A Vicenza i numeri rispetto alla prostituzione - li vedrete nel documento - sono superiori, per esempio, a quelli di Padova e a quelli di Treviso; Padova ha più o meno 100 mila abitanti in più. I numeri della prostituzione però sono quasi superiori a Vicenza rispetto a Padova, perché? Perché c'è una Base Nato importante, che rappresenta un indotto rispetto a quello che diceva lei, Vicepresidente, e sul quale tra l'altro ci siamo

posti delle domande. Siamo anche entrati nella Base Nato, anche perché spesso questi soldati diventano, come dire, molto violenti. È una importante base di appoggio dal rientro da missioni - Afghanistan, Iraq - e quindi rientrando da queste missioni si portano con sé tutto quel vissuto. Spesso sono persone che hanno anche disturbi psicologici che se diventano importanti vengono trasferiti a Stoccarda, se non ricordo male, ma c'è tutto un periodo cosiddetto di decompressione dove stanno dentro la caserma e possono anche uscire. Quando escono, di solito, diventano violenti e questo ce lo dicono le persone che si prostituiscono. Ci sono stati degli episodi che sono finiti nelle cronache di un paio di anni fa, se non ricordo male, una persona che noi stavamo agganciando, era una ragazza romena, incinta al sesto mese di gravidanza è stata violentata brutalmente e picchiata da due soldati di stanza alla caserma Ederle e sono poi fuggiti. Il caso ha avuto un certo clamore.

Noi abbiamo chiesto di entrare a fare degli incontri di sensibilizzazione con i soldati americani, avevamo già le date e tutto, quindi diciamo il mandato ci era già stato dato, se non che sono partiti per la missione umanitaria in Africa, per l'Ebola e quindi non se ne è fatto nulla, però insisteremo. Quindi si interviene anche da questo punto di vista.

Jacopo BERTI (Movimento 5 Stelle)

E questo è chiaro per la questione Nato, però penso che si parla di qualche migliaio di abitanti su 5 milioni di veneti. E il resto del Veneto? E i veneti residenziali? Questi arrivano, stanno un po' qua, poi le mandano a

Stoccarda, tornano negli Stati Uniti e fanno questo e fanno altro e è...

Barbara MACULAN (Presidente Associazione Mimosa e Cooperativa Equality)

No no, le ho risposto prima, in chiave preventiva questo sempre, tutti gli anni da sempre, da quando esistiamo almeno noi, sono vent'anni, quindi il lavoro nelle scuole. Con il resto della popolazione si fanno degli incontri di sensibilizzazione.

Giovanna NEGRO (Il Veneto del Fare - Flavio Tosi)

Molto spesso uniti al problema della prostituzione c'è l'uso di sostanze. Allora, io arrivo da quel mondo professionalmente e so benissimo che sono due aspetti che si collegano, per cui mi domando: perché non agganciare i SERT in questa dinamica? Perché molto spesso troviamo operatori ai SERT che questa dinamica non la conoscono e allora mi chiedo: viste le risorse che, spese bene o male non giudico in questo momento, erano riservate ai CICA o comunque a tutta la formazione, ed erano notevoli, forse sarebbe il caso di fare un ragionamento a 360 gradi e vedere di aprire un ramo in quell'ambiente. Perché molto spesso il servizio per le tossicodipendenze e HIV sono due servizi che territorialmente vanno di pari passo, pertanto anche la prevenzione o comunque diagnosi dell'HIV le abbiamo in quei centri, la maggior parte arrivano da quei centri.

Barbara MACULAN (Presidente Associazione Mimosa e Cooperativa Equality)

La questione che lei pone è fondamentale. C'è una mole di lavoro che troverete nel documento che abbiamo lasciato

relativa a dati sanitari. Il lavoro che fanno le unità di strada è quello proprio di contattare queste persone su strada, rivederle però di giorno in ambienti protetti, come può essere l'ambulatorio, l'ospedale, etc., in tempi più comodi, lontano da occhi e orecchi preposti all'ascolto. È lì spesso che emerge lo sfruttamento, in quel tempo più comodo, ma si fa un importante lavoro di tipo sanitario, soprattutto anche epidemiologico rispetto alle malattie.

Sulla diffusione delle sostanze da nostra esperienza è più, parliamo sempre delle persone indotte alla prostituzione, è più una prerogativa del target transessuale che delle donne dell'est, macroaree geografica est Europa, America Latina, Africa...

..Sì sì, più dal mondo transessuale, però sicuramente sì. È un po' per affrontare la durezza di quel tipo di vita, di solito.

PRESIDENTE

Altre domande?

Grazie, abbiamo finito. Buona giornata.

Buongiorno. Parlate sempre a microfono perché devono verbalizzare, prima vi presentate e poi cerchiamo di contenerci su 15 minuti, quindi dieci minuti esponete il vostro parere e voi i Consiglieri potranno farvi delle domande. Cerchiamo di stare nei tempi. Grazie.

Graziella LAZZARI PERONI (Presidente ANFFAS Veneto - Onlus)

Sono Graziella Lazzari Peroni, Presidente dell'ANFFAS Veneto Onlus. Questo è il nostro Vicepresidente.

Sostanzialmente, come abbiamo fatto qualche giorno in Commissione Bilancio, volevamo sottolineare alcuni aspetti e poi potremo lasciare la documentazione.

Ovviamente, non voglio venire ad insegnarvi che cosa fanno le associazioni di volontariato, tanto più che alcune fanno promozione sociale ma altre, che facevano sostanzialmente la gestione come ente gestore, hanno rinunciato all'iscrizione al Registro del volontariato e sono diventate Onlus, oppure hanno fatto un ente laterale o collaterale.

Quello che noi vorremmo sottolineare oggi è che c'è una necessità, dopo avere lavorato e anche avere sentito dall'amministrazione precedente che c'erano delle opportunità nei centri diurni. Quindi sto parlando di quei servizi che sono contemplati nella legge 22 e vi chiederò che alcuni servizi siano al di fuori di quella legge. Comunque la residenzialità e la semiresidenzialità è stata affrontata e si pensava che oggi, o nel 2016, la 740 e anche la 739 fossero molte applicabili e noi abbiamo sentito che ciò non sarà.

Mi riferisco a quelle che sono le rette di riferimento, perché saranno ben felici quelli che hanno rette molto alte e che gestiscono con rette piuttosto consistenti; saranno ancora più impossibilitati alla gestione coloro invece gestiscono con rette bassissime e non è su piccola scala.

La seconda cosa è che 6.500 persone della Regione Veneto vivono nei centri diurni e sono quelle persone che hanno un servizio di 6 ore al giorno, escluso sabato e domenica, escluso qualche mese in un anno. Quindi, se erano 227 giorni quelli previsti nella DGR noi chiediamo che siano almeno più o meno 240 i giorni a cui dare risposte, perché altrimenti la famiglia che è costretta a tenere per quattro mesi e forse qualcosa di più il figlio a casa, vede come

alternativa la richiesta di residenzialità, con costi sicuramente di gran lunga superiori.

Le impegnative di residenzialità sono quelle che avrebbero dovuto essere sostanzialmente ripartite, ma mi pare che neanche questo avvenga nel 2016; cioè le zone che avevano poche impegnative di cura saranno ancora costrette ad averne poche, chi invece ne aveva qualcuna di più se la terrà, anche perché comunque sono già impegnate, si chiamano per quello impegnative.

Sulla residenzialità vi dirò un'altra cosa. Non so se siete a conoscenza, ma credo di sì, ci sono tantissime persone che vivono in residenzialità al di là di quella che è la nostra Regione. Solo nel territorio di Venezia ne abbiamo 135, mi sono informata questa mattina perché mi avevano detto 150; pari più o meno a 13 comunità alloggio, perché sono 10 persone per comunità, e non sempre costano meno, molto spesso costano di più, vedi quelli dell'enzima che costano 240 euro al giorno, tanto per darvi alcuni dati.

Vorrei che fosse recepito, se sarà possibile, che le famiglie che chiedono che il proprio congiunto disabile - facendo una grossa distinzione tra la disabilità anziana, ormai lo diciamo su tutti i tavoli, e la disabilità invece nell'età evolutiva - nell'età adulta, che è una disabilità che pesa nella famiglia quasi per l'80% del tempo, potesse avere risposte diversificate. Questo perché? Perché se abbiamo risposte diversificate potremo avere persone che stanno a domicilio di più quanto non lo stiano attualmente. Un centro diurno può costare 2 mila euro dove costano tantissimo, al mese, per persona, da me costano 1.400 euro, una comunità alloggio comunque non costa meno di 4.200 euro al mese. Fermo restando che comunque nella residenzialità

l'invalidità e l'accompagnatoria e qualsiasi altro tipo di emolumento va versato comunque al Comune.

Per cui, in sintesi, noi chiediamo una vera programmazione perché se non abbiamo i dati la programmazione non viene fatta. La programmazione è per il futuro e non sui dati esistenti. Vi assicuro che, io partecipo ormai dal 2004 ai Piani di zona, viene sempre fatta la programmazione sull'esistente, mai su dati di previsione futura. Per esempio, chi è che sa quante persone che avranno 18-19 anni quest'anno usciranno dalla scuola e avranno bisogno di servizi? Ho cercato questo dato e non me lo sa dare nessuno. Quindi una programmazione vera e non fittizia e non su quelle che sono le esistenzialità.

Seconda cosa, i Piani di zona sono stati prorogati dalla Regione per tutto il 2016, ma i Piani di zona sono quelli che programmano proprio e quindi si lavora in trincea con i Piani di zona. Sono quelli che dovrebbero essere proprio il vostro substrato, diciamo, naturale dove potreste lavorare e questa sarebbe una cosa importantissima.

Riconvertire e innovare, che cosa vuol dire? Riconvertire quelli che sono gli aspetti obsoleti dei centri diurni. Noi non possiamo più pensare che un centro diurno sia dove si fanno i fiori secchi e i piattini di ceramica, bisogna proporre altre attività o attività diverse, diversificate.

Incentivare i nuovi percorsi vuol dire dare, per esempio, aiuto alle famiglie e strutturare progetti di integrazione sociale, mantenendo sul territorio, quindi anche centri per disabilità lieve, ma mantenendo sul territorio la persona con disabilità. In maniera che viva nel tessuto sociale di appartenenza, ma che conviva anche con i gruppi dei pari, in maniera che se io ho un figlio disabile che ha vent'anni o ventidue, magari qualche sera riesce ad uscire con il gruppo

dei suoi compagni, se per caso io avvio questo tipo di attività.

Favorire le convenzioni. Come ho già detto l'altra volta, le convenzioni con le università nazionali, per esempio, con tutti i dipartimenti di psicologia e di scienza dell'educazione. In questo modo, noi potremmo avere non solo con le nostre università nazionali, ma anche con quelle estere, come lo sto facendo io, noi almeno lo stiamo facendo da tre, quattro anni anche con gli Erasmus, in maniera che abbiamo delle persone che ci aiutano nel lavoro. Certo che sono studenti, ma sono studenti che favoriscono, intanto imparano, imparano molto perché vivere in trincea vuol dire imparare che cosa vuol dire il contatto reale e non sempre quello di insegnamento puramente teorico.

Quello che mi piacerebbe e mi piacerebbe chiedere alla Regione proprio in questa situazione è anche una coprogettazione, cioè perché fare sempre le cose con le U.L.S.S. e non essere mai la Regione in prima persona a coprogettare - io non lo so, potrei anche dire una stupidaggine -, fare meno passaggi ed essere più diretti con dei servizi sul territorio? Per esempio, i servizi alternativi ai centri diurni ce ne sono sul territorio, ma voi magari non li conoscete semplicemente perché sono finanziati o cofinanziati solo dal Comune. Quindi non hanno dei passaggi, non sono contemplati nella legge 22 e è questo che ingessa notevolmente quella che è la proposta di servizi alternativi. Quindi progetti di strutture e progetti personalizzati.

Poi una cosa importante che devo sottolineare e penso che se uno non è del mestiere queste cose non le sa: la persona disabile involve rapidamente non soltanto fisicamente, anche fisicamente ma involve anche dal punto di vista psicofisico

e sociale. Che cosa vuol dire? Vuol dire che man mano che restano all'interno di quelle che sono le esperienzialità solo con persone con disabilità c'è una involuzione cerebrale notevole, con un aggravamento della persona e quindi richiesta da parte della famiglia di sempre maggiori incentivi per tenerlo a casa o per servizi personalizzati.

La formazione continua di chi lavora all'interno, perché è soltanto tramite una formazione continua degli operatori con una multidisciplinarietà. Guai la formazione che abbiamo visto degli operatori socio sanitari in questi anni, perché è una formazione di base che non dà nessuna garanzia a nessuno. Già in precedenza avevo chiesto e non lo so come mai non viene ascoltata, che noi non abbiamo bisogno solo di operatori socio sanitari, noi abbiamo bisogno anche di operatori socio sanitari specializzati che sono coloro i quali che sono in grado di fare punture e qualsiasi altro tipo di attività che sono quelli che facevano un giorno gli infermieri generici sul territorio.

Semplificare , semplificare la burocrazia. Guardate che le segreterie costano tanto e purtroppo le segretarie anche, costano tanto nel senso che i costi generali sono quelli dati proprio da tutti quelli che sono...

Vorrei chiedervi due cose molto rapide: sapere se è stato, perché questo me l'hanno chiesto, se il fondo indistinto è stato considerato per la disabilità. E se sarà ripristinato o no quello che è il fondo di rotazione, perché chi ha avuto i soldi dovrebbero tornare indietro, quindi noi stiamo aspettando che alcuni fondi vengano riproposti. Grazie.

PRESIDENTE

Grazie a lei.

L'Assessore vuole rispondere? Prego.

Ass.re Manuela LANZARIN (Zaia Presidente)

Ci siamo già visti e ci eravamo già confrontati un po' su queste cose che giustamente sono state ripresentate in Quinta Commissione.

Delibera 740 retta media CEOD, ho già detto che è una delibera che ho trovato, so che è stato fatto un lavoro molto importante anche in Quinta Commissione, dobbiamo applicarla. Ho anche avuto modo di parlare anche con voi e ci sono effettivamente delle differenze forti tra territori e territori, però nel 2016, quindi quest'anno, la applicheremo eventualmente anche in maniera sperimentale, ma comunque quest'anno verrà applicata, per poi probabilmente pian piano andare a regime. Proprio per cercare di non creare confusione, situazioni poco diciamo così piacevoli. Ho ricordato già sicuramente il caso di Venezia, quindi un po' il Veneto orientale, ma tutta Venezia, o Verona, Verona è un'altra delle zone che mi è stata fortemente segnalata perché effettivamente parte da una posizione deficitaria, mentre Padova ha un'altra situazione che è l'opposto. Quindi, dobbiamo cercare di trovare il modo che non ci siano ripercussioni per nessuno.

Però, ripeto, la delibera io la condivido, è giusto che anche qui ci siano delle rette uguali per tutti in base alla gravità e alle tipologie. Su questo penso che c'è l'accordo unanime, c'è solo diciamo pian piano di applicarla in maniera definitiva. Questo per quanto riguarda la retta 740.

Piani di zona, è stato detto, sono stati prorogati di un anno, proprio perché eravamo nel pieno di riforma della sanità. Adesso abbiamo quest'anno per parlare di Piani di zona e per capire anche rispetto alla riforma che sarà messa in pista in maniera molto veloce e quindi anche fare un

lavoro credo importante, proprio perché diventano lo strumento più importante su quella che è la pianificazione dei servizi.

Fondo indistinto. Il fondo indistinto 2015 è già stato fatto il decreto e quindi sono arrivati i soldi, è stato firmato il decreto ancora prima di Natale alle U.L.S.S., i 18 milioni famosi e ci sarà anche nel 2016. Quindi confermiamo, mi era già stato chiesto anche l'altra volta per quanto riguarda il fondo indistinto.

Il fondo di rotazione, ossia quando parliamo di rotazione parliamo articolo 36 prima e articolo 8 poi, no? Il fondo di rotazione, soprattutto relativamente all'articolo 8, stiamo monitorando tutta la situazione, quindi raccogliendo un po' e facendo il punto della situazione. Io ho già avuto modo di dirlo in più riprese: credo che lo strumento del fondo di rotazione non sia uno strumento da denigrare, ma è uno strumento che nel corso del tempo ha avuto anche degli effetti positivi. È chiaro che adesso ci troviamo nella condizione di fare il punto della situazione e dopo - ho anche anticipato - c'è sicuramente la volontà di rimettere in pista anche un strumento con criteri diversi, con modalità diverse in modo che non ci siano i pasticci che ci sono stati, definiamoli così. Quindi sul fondo di rotazione nel corso di metà anno, penso, ci saranno delle definizioni più sicure.

PRESIDENTE

Grazie, Assessore.

Qualche Consigliere ha delle domande? No.

Voleva intervenire? Prego.

Graziella LAZZARI PERONI (Presidente ANFFAS Veneto - Onlus)

Sì. Quello che mi preme e che ribadisco non riguarda forse solo questa Commissione, ma che dovrebbe questa Commissione far lavorare. Non lo so come funzionino queste cose qua. Ma quando io dico "collaborare con le università", perché c'è l'impossibilità di fare ricerca su patologie rare, patologie come l'autismo. L'ho detto anche l'altra volta in Commissione Bilancio: sarebbe opportuno che tutte le conoscenze che noi abbiamo, perché abbiamo una ricchezza sul territorio di dati, di statistica che sono enormi; quindi questo mondo, il mondo del socio sanitario potrebbe collaborare con le università per vedere di arrivare con dei Comitati tecnico scientifici su dei tavoli tematici, perché... insomma, io ho una figlia che ha 27 anni e sono 27 anni che sto lottando per capire se hanno fatto una diagnosi giusta o no. Nel frattempo se fosse stata una persona con una patologia cardiologica, etc., probabilmente tutti si sarebbe preoccupati perché se muore qualcuno deve rispondere; se invece la disabilità permane per tutta la vita, perché noi abbiamo una prognosi quoad vitam che non è infausta è prognosi quoad valetudinem che è infausta. Quindi vorrei capire se il vostro impegno è anche la collaborazione, ma almeno cominciate a pensare che ci possa essere anche una collaborazione con le università su questi temi. Perché non è possibile che non ci sia una ricerca su questa patologia che non lascia vivere più nessuno. Grazie.

PRESIDENTE

Grazie. Di quanto avete detto avete un documento o qualcosa da lasciare agli atti?

Graziella LAZZARI PERONI (Presidente ANFFANS Veneto - Onlus)
Sì, vi lascerò anche i documenti che riguardano non soltanto quello che ho presentato, ma anche l'autismo. Io li ho avuti dal past president dell'organizzazione mondiale della sanità. Questi il dottor Bertelli che lavora a Firenze e che ve li posso lasciare in maniera tale che vediate come sta aumentando in maniera esponenziale questa patologia. Grazie.

Assume la Presidenza

Il Vicepresidente Jacopo BERTI

PRESIDENTE

Grazie a voi.

Grazie mille di essere arrivati. Se avete un documento vi chiedo preventivamente di lasciarlo agli uffici o casomai di mandarlo.

Uomo

Abbiamo quattro paginette, abbiamo cercato di essere il più sintetici possibile nell'esprimere le nostre...

PRESIDENTE

Apprezziamo lo sforzo e lo divulgheremo poi a tutti i Consiglieri.

Se vi potete presentare per il verbale, prego, a voi la parole.

Elvio PISTAFFA (Associazione Alzheimer Italia - Verona)

Sono Elvio Pistaffa, Associazione Alzheimer Italia, sezione di Verona. Sono un volontario e all'interno dell'associazione svolgo la funzione di tesoriere; insieme a

me c'è la Presidente della sezione di Verona, la signora Maria Grazia Ferrari, che poi avrà anche lei un paio di cose da dire.

Come dicevo, per essere il più sintetico possibile abbiamo preparato queste quattro paginette: in due abbiamo sintetizzato le ragioni, la mission della nostra associazione e dimensioni del problema. Inoltre, in una tabella abbiamo cercato di esprimere qual è il costo del nostro intervento, perché credo che di costi si debba anche parlare. Nell'altra, che è una memoria più discorsiva, che io vi leggo così vi risparmio il tempo della lettura, abbiamo cercato di sintetizzare il nostro pensiero, quali sono le nostre preoccupazioni come volontari in questo momento rispetto al ruolo del volontariato in particolare e di quello che noi stiamo svolgendo come associazione nel territorio, in particolare veronese.

Come dicevo, la nostra associazione è una associazione di volontariato affidata alla federazione nazionale Alzheimer Italia e opera nel territorio dal 1998, supportando le famiglie colpite da demenza che scelgono di seguire il proprio caro gestendolo nella propria abitazione. Questo è un concetto che vorrei subito sottolineare, non parliamo di malato di Alzheimer, ma di famiglia malata di Alzheimer o comunque di problemi della famiglia con Alzheimer, perché per il nostro punto di vista è questo il problema emergente che vorremo sottolineare.

A Verona le famiglie colpite sono oltre 10 mila, cifre stimate per difetto. Questi sono dati della letteratura nazionale e internazionale, per essere più precisi, se vi interessa l'argomento, poi possiamo lasciare il nostro bilancio sociale come associazione e rimandarvi al sito dell'associazione dove è possibile recuperare altri

documenti più specifici. Le proiezioni ci parlano di un raddoppio per il 2050, dovremo avere 20 mila famiglie nel territorio veronese impegnate dal problema Alzheimer.

Con la presente desideriamo rappresentarvi le difficoltà del momento come associazione nostra, di nostri iscritti, sia volontari che malati e familiari, in relazione soprattutto alla inadeguatezza delle risorse a disposizione rispetto alle dimensioni del problema come si rappresenta. Infatti, il sistema sino a oggi non è stato in grado di sostenere le famiglie con i supporti necessari, questa è una valutazione nostra, ma abbastanza condivisa in generale, senza nessun riferimento in particolare. Quello che vediamo noi sono famiglie sono sempre più disperate, lasciate a affrontare in solitudine una tragedia che li travolge. Scusate, queste valutazioni sono anche il nostro vissuto, anche se non hanno una evidenza scientifica in questo momento, ma ci permettiamo anche di dare questa nostra interpretazione.

La nostra associazione insieme a altre presenti nel territorio ha cercato di sostenere tutti questi casi e tutte le persone che si affacciano per chiedere aiuto. Ci spendiamo per informare, formare, supportare, consiliare, aiutare e intrattenere, ascoltare e non da ultimo dare anche un contributo assistenziale alle famiglie nel loro difficile percorso. Però la necessità assistenziale è in continuo aumento, noi stiamo in questo momento gestendo 22 centri nel territorio e sono tutti alimentati dal volontariato a cui afferiscono circa 150 famiglie. Quindi rispetto alle dimensioni generali capite che 150 famiglie sono veramente una minima parte. Lo facciamo con professionisti e gruppi di mutuo autoaiuto, il supporto di una rete territoriale fatta anche di medici, altri enti e istituzioni con cui lavoriamo che però, purtroppo, non bastano a aiutare il disagio.

Il primo problema: discontinuità e insufficienza dei fondi a disposizione che non permettono una progettazione a lungo termine e a ampio spettro. Nonostante sia evidente che il volontariato sta in questo momento compensando le mancanze del sistema sanitario e sociale, che non riesce a fronteggiare il problema, ci troviamo purtroppo noi volontari nell'imbarazzante situazione di doverci continuamente impegnare disperdendo risorse e energie alla ricerca di supporti economici che ci permettono di portare avanti il nostro impegno nei confronti della comunità. Situazione che sta diventando sempre più insostenibile. Il recente Progetto Sollievo, che è una iniziativa della Regione, ha contribuito a supportare le nostre attività senz'altro, tuttavia non è sufficiente a coprire la necessità e anche in questo caso è sempre difficile contare sulla certezza della erogazione dei fondi.

Questo è il problema fondamentale per la nostra situazione, avere certezza e continuità nell'erogazione dei fondi, perché attualmente stiamo lavorando con fondi nostri di fatto in attesa che arrivino i fondi della Regione. Ora, capite che una associazione di volontari che deve sborsare per mantenere 22 centri 50-60 mila euro in un anno non è sempre un compito facile, a volte veramente andiamo in difficoltà e, ripeto, la condizione che vogliamo rappresentare è avere certezza della erogazione oltre che la quantità, certamente, per riuscire a affrontare il problema nel modo migliore. Quindi, quello che in ulteriore sintesi vogliamo chiedere come associazione di volontari a questo tavolo, è il riconoscimento che sia in presenza di una vera e propria epidemia emergente di tipo sociale, nel senso che non solo si tratta di un aumento di malati con demenza dovuto principalmente all'invecchiamento della popolazione,

ma che vi è a sua volta un incremento enorme di persone che hanno una limitazione nella propria libertà personale, perché sono obbligati ad assistere ai familiari con questa malattia perché, come dicevo prima, di patologia familiare si tratta. Di riconoscere che le risorse messe a disposizione della Regione e dal sistema di welfare in genere sono poche e se si fa affidamento sull'azione delle associazioni di volontariato che hanno indubbi meriti non può non riconoscere che queste non possono sostituirsi all'azione pubblica. Insomma, non è possibile che gli interventi sociali dell'area del sostegno alle famiglie con Alzheimer siano e si esauriscano con i contributi alle associazioni di volontariato; occorrono politiche più ampie di queste, perché altrimenti le associazioni, per la carenza e la difficoltà che rappresentavo prima, rischiano di andare in asfissia, avere una demotivazione dei propri partecipanti e quindi se tutto si fonda sulla partecipazione del volontariato, il rischio è che così stando le cose fra qualche anno non avremo nemmeno questo tipo di servizi.

Con questo credo di avere rappresentato fundamentalmente i problemi che noi abbiamo nella gestione della situazione, quindi stato di epidemia, necessità di avere certezza di risorse, non investire soltanto sul volontariato nonostante noi siamo volontariato, ma per il volontariato chiediamo di avere certezza dei finanziamenti, continuità oltre che, naturalmente, se c'è una politica a più ampio respiro di avere risorse per un intervento più complessivo che faciliterà anche l'azione del volontariato, sicuramente.

Maria Grazia FERRARI (Presidente Associazione Alzheimer Verona)

Prima di essere Presidente di questa Associazione sono stata una familiare e ho provato sulla mia pelle, così come stanno provando tutte le nostre famiglie, cosa significa seguire un ammalato di Alzheimer 24 ore al giorno. È un ammalato che va seguito anche di notte, a tempo pieno, perché si alzano ed escono, mia mamma è stata trovata davanti alla stazione in camicia da notte in pieno inverno. Quindi assistenza continua, ma fin dall'inizio della malattia non da quando è stata diagnosticata, perché la diagnosi arriva come la punta dell'iceberg, ma c'è tutto un sommerso che è nascosto e in questo sommerso le famiglie devono essere assistite, devono diventare dei bravi psicologi per poter gestire questa malattia. Perché ci dicono "l'ammalato è aggressivo", l'ammalato è aggressivo perché non lo sappiamo gestire e la sua reazione è dovuta al fatto che vuole farsi capire e ovviamente agisce con gli strumenti che ha.

Allora, noi familiare dobbiamo diventare tutti psicologi e per diventare tutti psicologi abbiamo bisogno di tanta formazione, di tanto accompagnamento e per fare questo abbiamo bisogno di consulenti, professionisti specifici, psicologi in questo caso, che ci insegnano come fare. Inoltre, educatori per mantenere le abilità residue, perché se io ho ammalato lo prendo come associazione all'inizio della malattia riesco a mantenere quelle abilità il più a lungo possibile, non quando è già più grave. Quando è più grave mantengo le abilità, quelle perdute ormai sono perdute. Quindi c'è tutto un lavoro umanitario da fare che è, secondo noi, siccome questa patologia è in aumento esponenziale, fondamentale. Anche perché diventiamo tutti anziani, tutti e ci sono malati di Alzheimer anche fra

persone incredibilmente colte, che ricoprivano moltissimi ruoli di cui non faccio il nome, ovviamente, ma persone importantissime che si sono ammalate di Alzheimer.

Quindi è una malattia democratica, scusate se uso questo termine, che non guarda in faccia nessuno e che purtroppo colpisce a caso chiunque. Lo stile di vita è importantissimo, ma deve essere insegnato e le famiglie spesso sono costrette a abbandonare il lavoro.

Allora, i fondi nostri servono soprattutto per professionalizzare i giovani che escono dall'università nell'assistenza di questa particolare patologia. Dico particolare e lo sottolineo, non è una malattia come tutte le altre, ha tante sfaccettature. E poi che questi giovani neo laureati diventino a loro volta strumenti di formazione per le famiglie. Il nostro lavoro di volontariato, ovviamente, non si esaurisce ma deve essere continuamente formato il volontario, anche perché c'è un turnover, i centri aumentano e noi abbiamo bisogno di formazione continua alla relazione di aiuto. Se noi impariamo bene la relazione d'aiuto gli ammalati li portiamo dove vogliamo.

Volevo sottolineare il fatto, e chiudo così, che il volontariato ha un valore economico per la società, un valore che crea risparmio tutto sommato. Quindi la petizione è questa: se aiutate di più il volontariato noi aiuteremo dal punto di vista, appunto, della quotidianità queste famiglie. Grazie. Scusate se mi sono dilungata.

PRESIDENTE

Grazie a lei.

La parola all'Assessore che voleva intervenire, prego.

Ass.re Manuela LANZARIN (Zaia Presidente)

Questa è una delle problematiche accanto all'autismo che effettivamente oggi occupano molto spazio, prima aveva citato l'autismo e adesso parliamo di Alzheimer, che sono quelle materie che sono un po' a metà tra la parte sanitaria e la parte sociale. Anche se l'intervento che almeno io ho registrato in questi primi sei mesi è un intervento molto sociale.

Parliamo oggi di Alzheimer. Sapete che in Veneto dal 2013 sono attivi i centri sollievo, erano attivi da prima, la sperimentazione l'aveva fatta l'U.L.S.S. 7 per la prima volta; ora i centri sollievo sono stati un po' definiti, ce ne sono 106 in tutto il Veneto e sono stati finanziati dalla Regione.

È vero che il 2015 è stato l'anno in cui ci sono state delle difficoltà economiche, bilancio, 118, e quindi siamo andati in sofferenza, in ritardo e anche loro di conseguenza hanno avuto questi ritardi. Io ho inserito nuovamente nel fondo sociale nazionale il rifinanziamento dei centri sollievo, quindi ci sono i soldi anche per la continuazione delle sperimentazioni. Il mio intento è quello, e l'avevo già annunciato, di ristabilire il tavolo che era composto e poi è andato po' scemando per quanto riguarda Alzheimer e autismo, proprio per cercare sulla base di quelli che sono gli strumenti che abbiamo - linee guida da una parte e delibere per quanto riguarda l'Alzheimer, Progetti sollievo e all'interno di tante case di riposo ci sono i caffè Alzheimer - ci sono tante sperimentazioni in giro, dobbiamo metterle un po' in rete e capire quelle che possono essere le progettualità migliori. Dobbiamo dividere anche le varie fasi, perché subentrano i centri diurni per malati di Alzheimer, alcuni specifici, come quello che è stato

inaugurato - che penso sia il primo caso - a Castelfranco due settimane fa, altri sono inseriti nei centri diurni per la non autosufficienza.

Credo che dobbiamo fare una mappa generale, capire che tipo di intervento e partire dai dati. Anche qui, i dati sono dati un po' carenti e sono d'accordo, però con l'avvio ufficiale dell'osservatorio politiche socio sanitarie riusciremo ad avere anche i dati, legati anche al discorso delle ICD, delle impegnativa di cura domiciliare, quali potrebbero essere gli assegnatari etc.. Quindi fare una mappa generale per capire effettivamente come supportare e mettere in rete le tante cose che già ci sono, che sono legate quindi all'aspetto sociale, al mondo del volontariato. Perché anch'io condivido che investire in questo sia un risparmio per quanto riguarda la spesa successiva in sanità, oltre ad una qualità di vita migliore. Inoltre perché ci permette di ritardare il più possibile il discorso della perdita della memoria piuttosto che della manualità, ma anche di dare un supporto alle famiglie come avete detto voi, perché dobbiamo scindere l'intervento che possiamo fare specificatamente con il malato, ma anche quello di supporto alle famiglie.

Questa è una partita su cui ci siamo e dal tavolo che verrà ristabilito cercheremo di definire modalità, tempistiche, cosa funziona, come integrarlo e come agire.

PRESIDENTE

Prego, consigliere Sinigaglia.

Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)

Ringrazio dell'intervento e anche l'Assessore che ha già dato alcune informazioni e alcune linee guida.

Volevo da voi qualche indicazione in base all'esperienza, magari di supporto al nostro lavoro, non tanto com'è la realtà, ma quella che è la necessità: perché parliamo di centri diurni, di residenzialità, parliamo molto spesso anche di sistemazione in casa di riposo. Come si riesce a farla questa cosa, perché alle volte...?

In base alla vostra esperienza di cosa c'è maggiormente bisogno in questo momento, sono più gli interventi di sollievo, i centri diurni, la sistemazione nella residenzialità? Lasciando da parte la ricerca, perché c'è anche un compito della ricerca, l'abbiamo finanziata, mi sembra ci sia un finanziamento anche quest'anno al CRIC che va in questa direzione.

Poi, che peso ha avuto l'intervento che abbiamo fatto, se avete qualche elemento a proposito, di quello che è stato citato dall'Assessore le impegnative di domiciliarietà. Sono utilizzate? Vengono comprese? La gente ha informazioni su questo? L'U.L.S.S. dà delle risposte adeguate? Perché è stato un intervento che pensavamo fosse di notevole impatto, invece ci stiamo rendendo conto che le domande sono inferiori rispetto a quanto pensavamo.

Se ci fate un attimo il quadro su questo in base alla vostra esperienza.

Elvio PISTAFFA (Associazione Alzheimer Italia - Verona)

Aggiungo al mio ruolo di volontario quello che ho svolto da tanti anni da dirigente in una Azienda sanitaria nel territorio. Quindi il problema l'ho visto anche dagli altri punti di vista, ora lo vedo come volontariato in una associazione di volontariato che si occupa più della parte sociale.

Il problema Alzheimer è uno di quei problemi complessi che non possono essere sicuramente presi da nessun angolo particolare. E' fondamentale la rete, perché tutti gli interventi sono importanti e necessari, perché dove crei un buco di scappa fuori qualcosa e poi le conseguenze le vedi nelle altre aree.

Non puoi pensare di risolvere il problema con una residenzialità, perché se metti tutti in una struttura residenziale ti crei un altro problema; viceversa non puoi pensare di avere soltanto degli interventi sul lieve-moderato, perché questa gente fatalmente si aggrava, ha dei problemi comportamentali e c'è in un certo momento, in una certa fase della malattia, bisogno anche della struttura residenziale protetta e magari anche molto invasiva in certe situazioni.

Quindi, non c'è niente che non sia utile, l'importante è riuscire a costruire il quadro, in cui ognuno svolga il proprio ruolo in una sinergia di intenti. Noi per nostra parte lo facciamo nel momento in cui si approcciano i problemi della famiglia nel momento iniziale, perché cerchiamo di andare nel territorio, formare i volontari perché le associazioni facciano poi ognuno per conto proprio a casa loro. Noi non ci sostituiamo alle associazioni. Questo è un modo di fare che potrebbe essere utile a risolvere e a recuperare risorse ed energie.

Alla domanda specifica sull'impegnativa di residenzialità noi abbiamo poca esperienza sinceramente come associazione, non la vediamo perché arriva in un momento successivo. Quindi la nostra opinione credo che abbia anche un valore molto limitato e mi astengo dal fare ulteriori considerazioni per correttezza.

Maria Grazia FERRARI (Presidente Associazione Alzheimer Verona)

All'inizio della malattia un ammalato di Alzheimer è subito ricoverato, entra con le sue gambe e purtroppo vuole scappare a casa: perché mi hanno messo qui? Questa è la domanda che si fanno, quindi vuole scappare. Ovviamente non può scappare e vengono usati metodi di contenzione. Nel giro di una settimana, quindici giorni quell'ammalato non cammina più; perché la funzione crea l'organo, se la persona, parliamo di persona, non cammina più si cancella la funzione nel cervello.

Purtroppo noi dobbiamo mantenerli a casa il più possibile perché è il loro ambiente naturale, il punto di riferimento, l'equilibrio, la loro storia. I nostri malati tornano indietro nel tempo, tornando indietro nel tempo loro hanno bisogno di recuperare il loro passato e il presente lo perdono, perdono la memoria recente, però resta la memoria emozionale. Allora dobbiamo lavorare su quella per mantenerli, però questo in una casa di riposo non viene fatto, non è possibile, i numeri sono troppo alti, mentre a casa viene fatto, cioè salviamo degli esseri umani dalla contenzione. Mi dispiace, ma devo dirlo questo.

Comunque la rete è una rete sociale di buon vicinato con altre associazioni, perché è un problema non della nostra associazione, è un problema comune del territorio, è un problema della società. Allora, la casa di riposo, ben vengano le case di riposo dove c'è una lunghissima lista d'attesa, è l'ultima spiaggia. Se vogliamo aiutare le famiglie teniamo questi ammalati a casa e aiutiamo le famiglie; nel frattempo sarà la famiglia assumersi la responsabilità di mettersi in lista d'attesa, ma solo quando la malattia sarà più grave.

PRESIDENTE

Mi ci sono altre domande?

Prego, consigliere Salemi.

Orietta SALEMI (Partito Democratico)

Studiando un po' i progetti europei c'è questo progetto...

PRESIDENTE

Una domanda all'Assessore?

Orietta SALEMI (Partito Democratico)

La chiedo all'Assessore, ma magari anche l'Associazione conosce questa realtà.

Quello che volevo arrivare a dire, siccome il tema che è stato centrato nella relazione era relativo alla certezza dell'erogazione dei fondi e la continuità diciamo così dei fondi. Credo che questo sia il nodo della questione, anche per permettere evidentemente all'associazione di lavorare con un certo respiro.

Allora, tra questi progetti ce n'è uno che riguarda l'invecchiamento di qualità nelle aree urbane e sono progetti di cooperazione transnazionale. Questi progetti possono essere portati avanti, evidentemente, se si costruisce una rete di soggetti che possono andare a interloquire e ad intercettare i fondi. Alcune province, per esempio, guardavo Treviso, il Comune di Treviso si è attivato con dei finanziamenti impegnandosi in questo cofinanziamento per sostenere anche i familiari che hanno un malato di Alzheimer in casa.

È chiaro che non è finalizzato a chi è malato di Alzheimer, ma sono progetti che riguardano il tema del tasso di

invecchiamento della popolazione, quindi l'attenzione alla popolazione degli anziani che aumenta nei nostri centri urbani.

La domanda è questa: siamo in grado noi come Regione di dare una mano a questa associazioni - lo chiedo all'Assessore, non so se l'associazione fosse al corrente di questo - attraverso degli uffici nei territori a livello locale, più squisitamente nelle province, per poter aiutare queste associazioni a intercettare i fondi europei di questo genere? Se come Regione non possiamo impegnarci specificatamente nel progetto di cooperazione transnazionale, lo possiamo fare attraverso gli uffici che sono preposti a dare informazioni sui fondi diretti.

Allora, chiedo: abbiamo conoscenza di questo? Primo. Secondo, se l'associazione dovesse pensare di avere dei soggetti con cui mettersi in rete, sarebbe importante attivarsi; anche perché l'Europa è molto attenta nel fondo sociale, è molto attenta questo target, cioè alla popolazione anziana, ovviamente come soggetto beneficiario.

Maria Grazia FERRARI (Presidente Associazione Alzheimer Verona)

Noi saremo felicissimi di essere partner di questi progetti europei, però deve esserci qualcuno, qualche altra associazione che faccia da guida. Sarebbe una esperienza importante, grazie.

Ass.re Manuela LANZARIN (Zaia Presidente)

Tramite la rete ENSA partecipiamo e le ultime tematiche sono legate all'aging e tutto quello che è sviluppato attorno a questa tematica. Poi ci sono U.L.S.S., mi viene in mente l'U.L.S.S. 5 di Arzignano che ha presentato anche dei

progetti specifici; sono stata anch'io alla presentazione sull'Alzheimer e hanno ottenuto anche dei finanziamenti. Quindi ci sono anche degli esempi che portano un po' dalla parte territoriale, diciamo così, quindi interno Piano di zona, Conferenza dei Sindaci o progettualità legate alle singole U.L.S.S., ci sono anche delle esperienze forse dovremo farle un po' più conoscere e mettere in rete.

Elvio PISTAFFA (Associazione Alzheimer Italia - Verona)

Ribadisco anch'io che noi saremo felicissimi, averne! Noi abbiamo tentato di creare una rete, perché da soli siamo troppo piccoli per riuscire ad intercettare finanziamenti di questo tipo. Non abbiamo risorse sufficienti per crearci progetti di dimensione europea, ma se c'è qualche capofila che ci può trainare è esattamente quello che accennavo prima nella nostra mission, nella nostra anima, quello di partecipare a progetti di sinergie.

PRESIDENTE

Grazie.

Avete un documento, qualcosa di quanto esposto da lasciare?

Bene.

Grazie e buona giornata.

Buongiorno, parli a microfono acceso, si presenti, ha 15 minuti di tempo. Se cortesemente in dieci minuti fa la sua presentazione, poi i Consiglieri potranno farle qualche domanda. Grazie.

Flavio SAVOLDI (Presidente FISH Veneto)

Grazie a lei e a tutti voi.

Durante la presentazione in Prima Commissione da parte dell'Assessore Forcolin del Bilancio di previsione sono stato colpito da alcune sottolineature. La prima delle quali riguardava il tentativo, nonostante le difficoltà oggettive del Bilancio, di far diventare il Bilancio un investimento, un tentativo di investire, di fare in modo che il Bilancio avesse la funzione di investire e di far crescere, attraverso una manovra finanziaria, le attività.

Poi, l'Assessore ha fatto un'altra sottolineatura sulla questione dei diritti sociali, sull'importanza di garantire servizi come quelli delle scuole paritarie, degli asili nido, la formazione e il sociale in generale. Queste le due sottolineature che mi hanno colpito di più, da una parte perché viene posto in evidenza la necessità di garantire i servizi; dall'altra perché si sottolinea quella definizione di diritti sociali che viene usata poco e ancora, appunto, sugli investimenti.

Il mio intervento, e cerco ovviamente di rimanere nei tempi prefissati, sarà un intervento parziale cogliendo queste sottolineature, quindi la nostra parzialità è inevitabilmente legata alla questione della disabilità e della non autosufficienza. Quindi le considerazioni che vengono fatte sul Bilancio di previsione e della Legge di stabilità hanno questa caratterizzazione; gli aspetti principali dal nostro punto di vista che è un Bilancio della Regione dovrebbe cercare di affrontare.

È una situazione per la verità che abbiamo vissuto anche negli anni scorsi, per cui quanto mi appresto ad illustrare è frutto anche di una esperienza che non ha visto, per la verità, grandi risultati positivi dal nostro punto di vista e dalle nostre aspettative. Avevamo aspettative superiori e

i risultati sono stati purtroppo, ahinoi, notevolmente inferiori.

Vorrei partire da quelle che secondo noi sono le priorità, facendo un'ulteriore e prima sottolineatura da parte della Federazione italiana per il superamento dell'handicap sulla legge 30/2009, ovvero il fondo della non autosufficienza, che è la grande assente da questo Bilancio visto che continua a rimanere una legge non finanziata. A nostro avviso, andrebbe aperto invece un capitolo specifico, un approfondimento sul significativo, sulla necessità di questo finanziamento e quindi sulle traduzioni che quella legge regionale dovrebbe avere.

La seconda considerazione, che consideriamo la priorità delle priorità, è quella relativa al sistema della domiciliarità istituito dalla Regione Veneto che grandi speranze ha determinato nelle persone con disabilità, non autosufficienti nelle famiglie, vedendo in quel sistema della domiciliarità un'idea, un indirizzo della Regione e una possibilità di cambiare le cose che anni fa, appunto, nel 2006 se non ricordo male, al tempo dell'istituzione del sistema della domiciliarità e della sua descrizione, del suo tentativo di realizzazione, abbiamo visto in termini molto positivi.

Le traduzioni non sono state a nostro avviso all'altezza, però vorremmo parlarne molto seriamente, perché comprendiamo le difficoltà di cui l'assessore Forcolin parlava, difficoltà di bilancio, difficoltà da ogni punto di vista perché viviamo una situazione molto difficile. Quindi, questa nostra parzialità la caliamo dentro queste difficoltà, però sottolineando delle necessità a nostro avviso non più rinviabili. In questi anni abbiamo assistito ad una riduzione spaventosa dei servizi, noi la viviamo

vedendo come nascono le delibere da una parte e quali sono le ricadute a valle. Queste ricadute hanno evidenziato la carenza dei servizi in rapporto alle necessità, poi questa affermazione la possiamo riempire. È una cosa che ci ha visto discutere, protestare e proporre la questione dei centri diurni, la questione dell'assistenza domiciliare, la questione delle impegnative di cura domiciliare, la questione degli asili anche, la questione delle scuole paritarie. Siamo qui ad evidenziare anche le necessità sociali, appunto, necessità che non trovano a nostro avviso traduzione adeguata.

Allora, quali potrebbero essere le traduzioni? Noi pensiamo che sulla questione dell'assistenza domiciliare si debba intervenire in termini estremamente diretti, che si debba potenziare il fondo destinato, o meglio i finanziamenti destinati e alle impegnative di cura domiciliare. Pensiamo che la questione della domiciliarità sia una necessità assoluta proprio per avviare una iniziativa forte di contrasto alla residenzialità e quindi di affermazione dei diritti delle persone. Per questo diciamo è una necessità, è una necessità che quindi entra nelle pieghe del Bilancio.

Ridurre il ricorso alla residenzialità significa, a nostro avviso, tra l'altro, dare una prima traduzione e quindi investire sulla domiciliarità quella sottolineatura dell'assessore Forcolin: l'investimento. Noi pensiamo che investire sulla domiciliarità significhi, per esempio, avere un tornaconto in termini di valore aggiunto sulla questione occupazionale e un tornaconto in termini di qualità della vita delle persone. Ecco, questi due aspetti sono quelli che più ci interessano, perché sono quelli su cui la Federazione cerca di far discutere e di aumentare il confronto, di vedere anche sul piano locale come avere traduzioni

concrete. La questione della domiciliarità, quindi, come la priorità delle priorità e il suo legame e intreccio con la residenzialità.

Però, aggiungiamo - seconda priorità - bisogna discutere seriamente anche della questione residenziale e non semplicemente in termini di costi. Perché parlare di residenzialità significa parlare della vita di persone costrette, pochissime per scelta, a vivere una situazione dentro comunità residenziali che in un modo o nell'altro hanno un piccolo e grande sapore di vita difficile. Sono realtà in molti casi totalizzanti e quindi vorremmo proprio cercare di cambiare questo tipo di realtà, ma per cambiare una realtà totalizzante bisogna in primo luogo avere un'idea; in secondo luogo, avere i finanziamenti necessari a far sì che la vita di persone in situazione di grave disabilità, di non autosufficienza, di disabilità complessa, che in molti casi non trovano sul territorio risposte adeguate per cui assistiamo allo spostamento di persone con disabilità complesse, cioè di persone con problemi gravi di comportamento, che vengono trasferite - per fare un esempio - dai comuni del trevigiano ai comuni del veronese. Sul territorio è difficile trovare risposte adeguate alla questione delle disabilità complesse e questa materia è una materia prioritaria rispetto alla questione della residenzialità e rispetto alla questione dei servizi diurni. In entrambi i casi troviamo soluzioni così difficili.

Quindi l'intreccio tra domiciliarità e residenzialità, con tutti i servizi che compongono questi due mondi, dai servizi diurni ai servizi interni alle comunità, ci fanno dire da una parte che dobbiamo potenziare i servizi domiciliari, intesi come servizi di supporto alla persona e alla famiglia. Da una parte abbiamo approvato la logica dei

progetti di vita indipendente, sono poi diventati impegnative di cura domiciliare. Ma abbiamo pensato che il piano individuale fosse veramente una possibilità di dare soluzioni a problemi antichi, perché la personalizzazione degli interventi è sempre più necessaria, sia nel campo della domiciliarità e sia nel campo della residenzialità.

I centri diurni non possono rimanere in eterno solo centri diurni, abbiamo veramente la necessità - e la Regione lo dice - di innovare quei servizi diurni, di cambiarli, di ampliare le possibilità derivanti dal sistema di accreditamento, di modificare quindi la legge 22/2002 che potrebbe già permettere molte più cose di quelle che sono state realizzate. Modifiche in tal senso potrebbero determinare ulteriori passi in avanti nella logica dei servizi personalizzati. Questi interventi, secondo noi, sono estremamente necessari e purtroppo di tali interventi invece abbiamo una continua riduzione.

Passaggio successivo e conclusivo, la questione della sostenibilità dei costi, quindi dei finanziamenti necessari e quindi la questione del Bilancio.

Abbiamo pensato molto in tempi difficili come questo come affrontarlo, perché ovviamente possiamo dare delle traduzioni anche noi molto semplici, al di là dei numeri presenti in Bilancio: annuali e triennali insufficienti a dare le risposte che chiediamo. Le risposte molto semplici sono quelle: potenziare i servizi, trovare in qualche modo le risorse necessarie, tagliare gli sprechi. Vorremmo leggermente soffermarci su una politica di entrate e di uscite per indicare non la soluzione, ma un intervento e anche degli esempi. La politica degli sprechi ve la indichiamo, per esempio, toccando la questione del volontariato.

L'Assessore ha pubblicizzato recentemente contributi erogati alle associazioni per il finanziamento. Ecco, secondo noi gli sprechi si annidano in molti momenti, in molti interventi, anche in quelli - e vorremmo cercare di essere molto precisi su questi - destinate alle organizzazioni di volontariato. Non è tutto oro quel che luccica si dice sempre e più spesso, ma a volte sono anche giustificazioni. Noi dobbiamo vedere se i servizi erogati sono servizi alle persone o alle associazioni e pensiamo che oggi siano più importanti di tutti gli interventi i servizi diretti alla persona e che quindi la questione dei finanziamenti debba avere questa assoluta priorità. Gli sprechi sono tanti, troppi, il corpaccione della struttura regionale è di per sé, a nostro avviso, uno spreco. Va rivisto.

Poi, anche lì in termini molto semplici, banali se volete, a nostro avviso va ripreso, perché nella logica delle entrate e non se ne vedono molte, la questione dell'addizionale IRPEF. L'ultimo intervento in termini di addizionale, se non ricordo male, fu fatto nella Finanziaria del 2010 dall'ex Presidente Giancarlo Galan. Noi proponiamo di rimettere mano all'addizionale IRPEF in termini esattamente opposti a quello che fece l'allora Presidente. A nostro avviso esistono margini per rimodulare le aliquote, per dare un minimo di efficacia ad una entrata, intervenendo, attraverso rimodulazioni, in particolare sui redditi alti e diciamo pure altissimi, saranno anche pochi, ma credo sia un atto di giustizia intervenire in questo senso.

Dopodiché rimane un appello conclusivo alla Commissione e al Consiglio regionale e l'appello è questo: al di là delle difficoltà esistono delle necessità non rinviabili. La questione dei diritti sociali rimanda, per esempio, ad una inadempienza di carattere parlamentare; la Costituzione è

scritta, ma la Costituzione non ha trovato una traduzione in termini di leggi attuative. Quindi la questione dei diritti sociali è rimasto un grande principio di carattere costituzionale senza traduzione alcuna, perché quando facciamo riferimento ai diritti, anche la Regione Veneto con le impegnative di cura domiciliare fa riferimento alla legge del 2001 sui livelli essenziali di assistenza; distingue tra livelli essenziali di assistenza derivanti da quella legge e livelli di assistenza aggiuntivi di carattere regionale.

La conclusione che facciamo noi è che purtroppo, nonostante siano livelli essenziali di assistenza derivanti dalla legge 2001 o derivanti dai livelli aggiuntivi, i livelli essenziali di assistenza non hanno determinato quell'esigibilità delle prestazioni che dovrebbe essere un fatto naturale per le persone che si trovano in situazione che si trovano di grave disabilità e in situazione di non autosufficienza. Ho avuto occasione di parlare direttamente anche di casi personali per la loro gravità all'assessore Lanzarin e all'assessore Coletto, che hanno sul loro tavolo lettere di persone che si lamentano per non essere riusciti ad ottenere nei tempi dovuti i finanziamenti già stanziati e che si trovano in difficoltà nella loro vita quotidiana.

Probabilmente sono in discussione, l'assessore Lanzarin mi diceva, alcune idee in rapporto a quelli che sono stati definiti come interventi straordinari a supporto delle persone richiesti dai Comuni, che probabilmente dovranno cambiare, ma abbiamo la necessità di dare assolutamente risposte adeguate.

Noi pensiamo che agire sul fronte delle entrate, seppur detto in termini molto semplificati in questa Commissione, a cui ci rivolgiamo con un appello: affrontate la questione della necessità - che non è più rinviabile - dei diritti

delle persone con disabilità e del miglioramento della vita quotidiana di tutte le persone che vivono una così grave situazione. Vi ringrazio per l'attenzione.

PRESIDENTE

Grazie a lei.

C'è qualche domanda?

Prego, assessore Lanzarin.

Ass.re Manuela LANZARIN (Zaia Presidente)

Ritorno sul discorso che abbiamo fatto prima sul discorso della domiciliarità. Noi siamo convinti che dobbiamo fare un investimento sulla domiciliarità, le ICD sono in vigore dal 2013, ne abbiamo già parlato e, ripeto, con l'osservatorio riusciremo ad avere una cognizione reale, più puntuale anche su come si stanno muovendo, che risultato danno, se manca la comunicazione. Insomma, quale può essere il problema e quindi investire ancora di più per quanto riguarda la domiciliarità. Quindi su questo ci siamo.

Poi, su altri interventi che erano interventi straordinari, una tantum perché erano, diciamo così, stati individuati, segnalati, quindi tutti interventi chiaramente che meritano attenzione, però dobbiamo anche lì darci dei parametri perché ci sia equità rispetto a tutte le richieste che ci sono.

L'ultima affermazione la faccio relativamente agli sprechi. Se il rappresentante della FISH si riferisce agli ultimi 240 mila euro che andavano a pagare il servizio ponte per i sordi, i ciechi e qualcosa dei mutilati, insomma, non credo che siano questi gli sprechi. Erano in totale 240 mila euro, quindi non stiamo neanche parlando di chissà quale cifra, ma

andavano sempre nella direzione di persone che purtroppo hanno una disabilità e quindi hanno degli strumenti.

Per il resto posso assicurare che di sprechi, almeno per quanto mi riguarda avendo ereditato anche una situazione economica abbastanza particolare, non ce ne sono e soprattutto non c'è lo spazio perché ci siano in futuro. Però, ripeto, la nostra programmazione deve essere una programmazione che deve essere sempre più attenta, con delle linee guida per capire dove vogliamo arrivare, dove vogliamo andare, per capire effettivamente i bisogni, le richieste e tutto il resto.

Sulla vita indipendente su cui abbiamo avuto modo di confrontarci, lì sappiamo che ci sono dei contributi nazionali per cui i parametri non li abbiamo messi noi, insomma, quindi ci sono dei parametri che sono legati al finanziamento nazionale, però anche sulla vita indipendente è uno dei settori su cui sicuramente vorremo lavorare perché siamo convinti che sia la strada giusta.

Ultima cosa la dico rispetto al discorso delle erogazioni, perché anche qui abbiamo visto che c'è una diversità tra un'U.L.S.S. e l'altra rispetto all'erogazione, rispetto alle richieste, etc.; dovremo cercare di uniformare in modo di creare minori problemi possibili all'utente finale. Su questo siamo d'accordo. Quindi alleggerire quel tarlo burocratico, ma soprattutto trovare delle procedure che siano uniformi e standard per tutti, anche sulla tempistica, su questo ci eravamo già parlati.

PRESIDENTE

I Consiglieri hanno domande ? Nessuna.

Prego, se vuole replicare, però brevemente perché dobbiamo continuare.

Flavio SAVOLDI (Presidente FISH Veneto)

È un'ulteriore considerazione velocissima.

Sulla questione dei progetti di vita indipendente, intesi come elemento sperimentale, abbiamo già avuto occasione di sottolineare le responsabilità del Ministero delle Politiche sociali da una parte e dall'altra abbiamo sollevato perfino la questione del conflitto di competenza sulla materia tra Regioni e Stato, ritenendo che quella materia fosse materia di competenza della Regione e non dello Stato e che la Regione avrebbe dovuto impugnare questo intervento, le linee guida. Il resto, purtroppo, è una conseguenza inevitabile.

Prima di fare affermazioni sul mondo associativo ci siamo interrogati bene e abbiamo studiato bene sia la delibera dei 260 mila euro, sia anche altri interventi nel corso... lei è Assessore dall'ultima Legislatura, ma la Giunta regionale su iniziativa nostra prestante di protesta ha ritirato una nostra deliberazione relativa alla installazione di paletti luminosi che costavano 197 mila euro. Fu ritirata, giudicandolo, dopo un anno di proteste, un intervento sbagliato.

..Certamente. Ma per dire che quando diciamo che "gli sprechi si annidano" in molto modo molto strano, a volte dentro libere che sembrano per le parole usate grandi interventi innovativi e che alla prova dei fatti si dimostrano tutt'altro.

Ecco, noi vogliamo che anche sulle questioni legate al mondo del volontariato, compreso l'ufficio stesso del volontariato perché complica l'esistenza della vita delle associazioni di volontariato - così la diciamo tutta, nonostante i cambiamenti intervenuti -, è necessario fare in modo che adempimenti inutili, ogni tre anni ci iscriviamo al registro

regionale e verifichiamo gli statuti - nonostante le leggi esistenti - sono sprechi, sembrano cosa ma sono sprechi. E quando parliamo di sprechi e di struttura della Regione apriamo un versante e un capitolo indubbiamente del tutto nuovo.

Noi siamo una associazione, non vogliamo intervenire in un campo nemmeno con proposte e suggerimenti che è prettamente materia del Consiglio regionale e che solo esperti della materia di cui stiamo discutendo possono riuscire a intervenire nel merito. Ci limitiamo alla sottolineatura, ma in questo non ne abbiamo fatte molte, gliele indico per capitoli: la legge 16/2007 non finanziata, che lei Assessore mi diceva probabilmente verrà finanziata quest'anno, ma si apre tutto un problema legato al mondo della disabilità e al diritto alla mobilità e all'accessibilità, si apre un ampio problema. Così come la questione delle rette standard e dell'attuazione della delibera 740/2015 che, condivisa in buona parte anche dall'associazionismo, è del tutto bloccata.

La richiesta che faccio alla Commissione è questa: la questione sociale e socio sanitaria è un mondo complesso, delicato e sul quale è necessario un confronto approfondito. È possibile ipotizzare in Commissione un confronto che non sia dettato dalla brevità di una audizione, ma che riesca ad approfondire in termini di Commissione regionale tutti gli aspetti, chiamiamoli così, legati all'attuazione dei diritti sociali, seppure - come dicevo prima - responsabilità dei legislatori che non li hanno attuati? Questa è una richiesta che vi avanzo in questo modo.

La ringrazio, Assessore, per la disponibilità che ci ha sempre dimostrato.

PRESIDENTE

Sicuramente i Consiglieri hanno ascoltato e quindi prossimamente possono prendere posizione o fare iniziative in Commissione per quanto lei ha richiesto.

..Ha lasciato un documento?... Così poi lo facciamo girare a tutti i Consiglieri. Grazie, buona giornata.

Allora, procediamo con il punto 5 all'ordine del giorno, che è la Legge di stabilità e Bilancio di previsione, che sono stati presentati la scorsa Seduta. Non so se avete bisogno di una presentazione ulteriore, ma direi che se ci sono domande o richieste di chiarimenti da fare ne approfittiamo, visto che ci sono gli Assessori presenti e i tecnici di riferimento. Se vogliamo entrare nel tema preciso di qualche richiesta, in modo che discutiamo di quanto chiedete e poi andiamo a parere senza dover ripartire da capo.

Prego, consigliere Sinigaglia.

Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)

Volevo capire una cosa: oggi dobbiamo dare delle indicazioni, sostanzialmente, alla Prima Commissione, giusto?

PRESIDENTE

Dobbiamo dare un parere, certo..

Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)

Noi dobbiamo dare un parere, però potremo anche dare delle indicazioni alla Commissione Prima se c'è un parere che viene espresso all'unanimità a questa decisione, oppure anche a maggioranza. Mi chiedevo se su alcuni punti potessimo trovare un accordo di una certa validità, in modo

tale da dare come Commissione un parere alla Prima che la Commissione si è espressa a favore di.

Allora, un primo punto che pongo all'attenzione e che è stato sollevato anche ieri durante la discussione in Consiglio straordinario sulla sanità. Mi sembra anche che oggi ci siano ulteriori novità sull'individuazione dell'area del nuovo Polo ospedaliero di Padova. Noi abbiamo stanziato 50 milioni sul 2016, però la richiesta è quella di stanziarli per il triennale 2016, 2017 e 2018. Questa richiesta possiamo proporla già come Commissione e dire alla Commissione Prima che la portiamo avanti e la inseriamo già come Commissione Prima? Quindi è una decisione che viene espressa anche all'unanimità, mi auguro, è una decisione della Commissione. Questo è uno dei primi interventi, per fare un esempio, ma è un esempio concreto, faccio la richiesta. Non è un esempio di fantasia come dice il consigliere Berlatto, che a volte parla con "fantasia" e non si riescono a capire i riferimenti reali.

Io faccio proprio un riferimento reale, volevo capire se possiamo procedere in questo modo sul nuovo Polo ospedaliero.

PRESIDENTE

Appena ha finito magari l'Assessore abbiamo modo di interpellarlo su questo.

Io credo che si possa intervenire punto su punto e dare un parere anche con alcune indicazioni, ovviamente credo sia necessario avere anche il via libera da parte dell'Assessore competente.

Per quanto riguarda il tema "Polo ospedaliero", ieri l'abbiamo sentito tutti cosa ha detto il Presidente in Aula, ma mi ero già espresso sia con l'assessore Coletto che con

l'assessore Forcolin una settimana fa e si stava lavorando su questa strada, forse anche ieri il fatto che il Presidente ha spinto magari qualcosa era di indirizzo a questo.

Adesso non so tecnicamente, perché l'Assessore doveva in qualche modo verificare con la struttura in che modo procedere per questa strada. Non so se è possibile farlo in sede di Commissione o in sede di Commissione, se l'Assessore conferma, dare una indicazione e poi lasciare la strada all'individuazione precisa su che capitolo.

Ass.re Luca COLETTI (Liga Veneta - Lega Nord)

Direi che questa è la strada.

Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)

Cioè la Commissione può esprimersi e poi l'indicazione diventa concreta nel momento in cui dal punto di vista tecnico...

PRESIDENTE

Noi possiamo dare il parere con l'indicazione e con il benessere dell'Assessore presente sul fatto che venga individuato nel Bilancio in approvazione la triennalità del 2016-2018. Poi dove, su che punto esatto prelevare i soldi in maniera pratica lo individuerà l'Assessore e la struttura competente. Per lei va bene?...

Ci sono altri temi?

Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)

Un altro tema che ci è caro, nel senso che è caro di solito a tutti i componenti del Consiglio ed è anche caro dal punto di vista della qualità dei contributi, è un contributo che

ci è caro da tanti punti di vista. Il tema è quello relativo alle scuole paritarie, sappiamo tutti quanti che rispetto all'anno scorso c'è una decurtazione del 25%, ovvero di 11 milioni nello stanziamento delle scuole paritarie. Siccome mi sembra che la motivazione sia collegata ad un previsto mancato introito del Fondo delle politiche sociali nazionali, in realtà questo fondo rispetto all'anno è stato implementato, mentre inizialmente sembrava non ci fosse il fondo non solo c'è ma è aumentato da 288, non mi ricordo bene, da 285 milioni a 320, a 350. Quindi è vero che ci diranno durante il percorso, quando arriverà a giugno, a settembre, quando verrà effettivamente erogato alle Regioni; però è un fondo che sappiamo la Legge di stabilità 2016 ha individuato e quindi una volta individuato abbiamo l'incertezza del momento dell'erogazione ma possiamo dire che l'8,5% circa del Fondo per le Politiche sociali - dall'8,5 al 10% - arriverà. Se sono 320 milioni il 10% sono 32 milioni; l'anno scorso mi sembra sono arrivati una ventina milioni...

..Venti milioni sono arrivati. Anche se dovessero arrivare 20 milioni, 25 milioni in ogni caso abbiamo un punto di riferimento. Siccome inizialmente anche l'anno scorso avevamo fatto ricorso alla cosiddetta definizione dei LEA territoriali, ci siamo fatti venire in maniera molto creativa questa denominazione di LEA territoriali per consentire il finanziamento della scuole paritarie. Cosa vuol dire? Che usavamo il fondo sanitario regionale e, poi, invece, è arrivato il Fondo per le politiche sociali e una parte l'abbiamo tratta dal Fondo per le politiche sociali.

È anche vero che quest'anno abbiamo due voci distinte, perché una parte viene trattata dall'assessore Lanzarin al sociale, la parte asili nido, e l'altra parte scuole materne

l'assessore Donazzan. Però alla fine il fondo è unico e viene coinvolto in ogni caso alla stessa stregua la fascia 0-6 e per comodità, da quello che ho capito, è stato scelto di distinguere l'erogazione in maniera diversa. Però il discorso dei LEA territoriali potrebbe riguardare...

Chiedo: è pensabile non dare un segnale chiaro alle scuole paritarie del Veneto, che sappiamo sono il 70%, danno una risposta a circa 95 mila alunni, hanno migliaia di sezione, migliaia di lavoratori, che non rischiano di mandare a casa nessuno, che non rischiano di ridurre le sezioni, che la Regione almeno conferma lo stanziamento dell'anno scorso? Perché è pur vero che a livello nazionale è aumentato il budget per le scuole paritarie di 25 milioni, però uno stanziamento da parte della Regione almeno pari all'anno scorso darebbe sicuramente una boccata di ossigeno importante.

Aspettano ancora i finanziamenti il 2014, non lo so se sono stati erogati, oppure il 2015, non so se sono già arrivati, ho delle voci discordanti. Però uno sforzo per recuperare lo stanziamento e portarlo a 42 milioni lo farei. E se la Commissione dovesse essere d'accordo, darei questa indicazione alla Commissione Prima di trovare lo stanziamento adeguato per riportarlo ai 42 milioni dell'anno scorso.

Ass.re Manuela LANZARIN (Zaia Presidente)

Mi permetto. Il Fondo politiche sociali 2015 ammonta a 20 milioni, quindi approssimativamente potrebbero essere 20, 21, 19, però su questo fondo abbiamo i 5 milioni degli affidi, abbiamo molte partite, su questo fondo adesso ho finanziato i consultori, quindi non è che... se noi ipotizziamo di bloccare 10 milioni vuol dire che non

finanziamo le famiglie numerose, finanziamo il progetto sollievo, cioè vuol dire tirare via da altre parti. Poi se ci arrivano più soldi, per carità, però allo stato attuale il fondo con 500 mila euro ha finanziato il discorso delle adozioni. Quindi è chiaro che tutta una serie di voci che non trovano copertura in altra parte la trovano nel fondo e rientra in quella che è la programmazione.

Quello che noi possiamo fare è in fase di Bilancio, ci impegniamo, ordini del giorno, etc., ma adesso personalmente dire che il fondo viene già destinato - e non sappiamo l'ammontare - per arrivare ai 10 milioni che mancano vuol dire comunque non avere risorse per... per esempio, 5 milioni sono solo gli affidi per i minori. Questa è la situazione, quindi su questa cosa andrei molto cauta.

L'impegno può essere durante la fase di discussione, ordini del giorno, etc., per ripristinare, etc., se c'è il mezzo eventualmente lo troveremo. Però pensare già adesso di bloccare il fondo su partite di questo tipo vuol dire che non ci sono per altri fondi, insomma, ho citato le adozioni, gli affidi, questioni che ci sono care a tutti.

Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)

Gli anni scorsi avevamo attinto dai LEA territoriali, mettevamo i 42 milioni e dopo si decideva cosa fare. In ogni caso davamo la garanzia che c'erano i 42 milioni, in questo modo non diamo la garanzia.

Ass.re Manuela LANZARIN (Zaia Presidente)

Dai LEA non possiamo più prendere, anche il fondo indistinto che verrà finanziato con la sanità, però questi qui passano tramite le U.L.S.S., quindi hanno una destinazione, mentre per le scuole paritarie - ma qui c'è anche il responsabile -

non le possiamo, almeno così, ci abbiamo provato, equiparare a LEA, sono cose diverse.

Però, ripeto, la problematica la conosciamo tutti, sicuramente ci può essere l'impegno di tutti, lo facciamo a supporto durante la discussione. Pensare adesso di finalizzarlo su qualcosa di specifico secondo me va a mettere in discussione altre partite e altre questioni, ripeto, che troveranno copertura con il fondo 2016.

PRESIDENTE

Credo che anche per quanto riguarda il Polo non ci sia dubbio che ci voglia anche il parere positivo della Giunta e dell'Assessore, quindi...

Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)

Se posso aggiungere un altro argomento, è collegato ad un fondo è la Regione riceve quando gli imprenditori non assumono le categorie protette, è la legge 68/99. L'imprenditore non assume categorie protette e in cambio dà uno stanziamento alla Regione e la Regione, con la legge 16/2001 ha detto "ripartiamo questo fondo alle province e a tutti quelli che poi erogano tirocinio, modalità lavorative per i disabili", comprese anche le cooperative.

L'ultimo stanziamento è stato fatto nel 2013 con i fondi del 2011, sono circa 6-7 milioni all'anno che riceviamo per questo scopo. Dal 2013 però non abbiamo più stanziato nulla per queste categorie protette, che vuol dire fare dei corsi di formazione, attivare il tirocinio, attivare l'apprendistato, cioè la Regione da questo punto di vista è inadempiente. Non vorrei che questi fondi che arrivano, perché arrivano, perché gli imprenditori sostanzialmente li mandano in Regione sapendo che devono assolvere a questo

compito che è previsto per legge, perché è la legge 68/99 che prevede questo; la Regione si è dotata della legge 16/2001 e io chiedo nella Legge di stabilità di mettere, non so se nella Legge di stabilità oppure nella 110, di prevedere le entrate in base alla legge 16/2001 e corrispondenti uscite a favore delle province o delle U.L.S.S.; la legge prevede tutta una serie di passaggi per attivare i lavori per le categorie protette, che vuol dire la disabilità e tutte queste fattispecie.

Ripeto, nel 2013 è stato fatto l'ultimo stanziamento con i fondi nel 2011, ma abbiamo raccolto fondi nel 2011, 2012, 2013, 2014 e 2015 e quindi dovremo avere in ogni caso uno stanziamento di cassa valida, perché c'è stato uno stanziamento a favore della Regione per erogare. Dovremo farlo ogni anno in realtà, almeno ogni due anni per i due anni precedenti. L'abbiamo fatto nel 2013 per il 2011 e nel 2016 farlo con i fondi del 2012 e ogni anno ripetere questo tipo di stanziamento. Perché anche tutti i tirocini, per esempio, il SIL vive con questi fondi, l'inserimento lavorativo che attivano le U.L.S.S., e quindi non è il centro per l'impiego alle province che potremo stare qui a discutere se funziona, come funziona, che tipologia avrà.

Chiedo se volete una verifica tecnica, però che ci sia l'inserimento; eventualmente se non riusciamo in Commissione a decidere, sarei anche disponibile a fare l'emendamento con la firma di tutti in modo tale da garantire che ci sia questo stanziamento a favore dei disabili. È uno stanziamento importante. Ci sono attività formative che sarebbero importante attivare, dico una per tutte: i centralinisti, che sono una delle attività importanti per le categorie di disabili, è da anni che non parte un corso di formazione per centralismi. Il Configliacchi ce l'ha chiesto

tante volte anche gli anni scorsi e non è partito da due, tre anni a questa parte e vanno a farlo a Bologna, da altri posti. È vero che il centralinista anni fa aveva una funzione e adesso ne ha una diversa e quindi bisognerebbe attualizzarlo, ma se mai ci si decide di come attualizzarlo mai si propone questo tipo di attività di formazione.

Dott. Claudio VIGNOTTO (Sezione Bilancio)

Buongiorno a tutti.

Confermo, Consigliere, le due linee di spesa: una a carattere regionale e una a carattere nazionale, entrambe sono previste a Bilancio. Abbiamo la partita nazionale non ferma al 2013, messa a bilancio 2015 compreso e prevista a bilancio 2016, 2017 e 2018, quella nazionale; la stessa cosa dicasi per quella regionale che affianca la linea nazionale. Sono previsti 6 milioni di euro all'anno, le partite che non vengono utilizzate nel...

Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)

La trovo nell'allegato 17?

Dott. Claudio VIGNOTTO (Sezione Bilancio)

La nazionale è la 68, noi abbiamo la 16/2001.

Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)

Perché l'ho cercata e non l'ho trovata.

Dott. Claudio VIGNOTTO (Sezione Bilancio)

Essendo una legge regionale con vincolo di destinazione non è una "partita" discrezionale, è una partita in cui l'entrata è obbligatoriamente prevista nella spesa.

Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)

Perché non c'è l'allegato 17, perché ho verificato più volte.

Dott. Claudio VIGNOTTO (Sezione Bilancio)

Però le assicuro che entrambe le partite sono iscritte a Bilancio.

Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)

Però se la troviamo fra le spese vincolate e poi non viene erogata...

Dott. Claudio VIGNOTTO (Sezione Bilancio)

Sulla parte gestione mi fermo.

Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)

È dal 2013 che non viene più attivata l'erogazione di questa legge. Se volete vi indico, abbiamo fatto una ricerca apposita, tutte le delibere per lo stanziamento, è l'assessore Donazzan

Massimiliano BARISON (Forza Italia)

Sì, bisogna vedere se si mettono d'accordo nel tavolo regionale con le parti sociali. Io seguivo questa cosa e il problema molto spesso era legato alla condivisione della ripartizione tra province del fondo. Molto spesso questo confronto non si chiudeva e non chiudendosi la percentuale di ripartizione fra province rimaneva bloccato. Per cui potrebbe essere un problema che è al tavolo delle parti sociali regionale che è a valle rispetto alle nostre decisioni.

Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)

Non c'è l'allegato 17 perché è tra le spese vincolate e le spese vincolate hanno bisogno con il tavolo. Ho capito. Comunque verificiamo quali sono, perché sono 6 milioni per attività lavorative.

Dott. Claudio VIGNOTTO (Sezione Bilancio)

Le confermo che ci sono a Bilancio, poi sull'utilizzo credo valga quello che ha detto adesso il Consigliere.

PRESIDENTE

Altri punti, altri chiarimenti?

Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)

Una piccola nota. Ogni anno interveniamo in Consiglio regionale, se magari decidiamo di risolvere prima, per il fondo per la associazioni storiche ciechi e sordi. Di solito davamo 100 mila, 200 mila, 300 mila a seconda delle annualità. Non mi sembra di averli visti in Bilancio quest'anno, c'è la legge apposita che è la...

Ass.re Manuela LANZARIN (Zaia Presidente)

C'è il capitolo generale, il capitolo fondo regionale per le politiche sociali trasferimenti attività, progettualità, informazione e altre iniziative di interesse regionale nelle aree dei servizi sociali, in cui è previsto un milione e 600 mila euro. Qualcosa riusciamo a prendere da questo che era quello generico, chiaramente non ci sono stanziamenti di chissà che tipo, però lì c'è un milione e 600 mila euro e su qualche partita riusciamo a recuperare qualcosa.

Ho visto che l'anno scorso c'era quello, ma avete specificatamente qualcosa per le due categorie. Lì qualcosa riusciamo a recuperare, dopodiché...

..Sì sì, lì riusciamo qualcosa a recuperare, però allo stato attuale c'è un milione e 600 mila su quel capitolo.

..Sì, qualcosa si può recuperare lì, lì c'era anche tutto il discorso dell'osservatorio... cioè c'era uno stanziamento maggiore, chiaramente siamo andati in decurtazione, l'osservatorio non c'è più perché c'erano le partite discrezionali, che l'anno scorso sono state presso che annullate. Qualcosa si riesce a ricavare da di là, poi vediamo, perché lì c'è un confronto anche abbastanza serrato rispetto alle progettualità. Perché, come ho già detto, il progetto ponte dicono anche loro che non lo vogliono più perché è superato, quindi dovrebbero presentare qualcosa di più specifico legato ai nuovi sistemi tecnologici.

Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)

Avevo un altro aspetto. Noi ci apprestiamo, mi auguro, a discutere la legge sulla riforma delle IPAB, tra le proposte per rendere concorrenziale il sistema pubblico rispetto a quello privato, mi sembra sia condiviso anche a maggioranza, sia quello di ridurre l'IRAP di qualche punto.

Se noi facciamo la riduzione e la mettiamo a Bilancio quest'anno vuol dire che entra in vigore nel 2017. Dottor Vignotto, non so se dico una cosa corretta, ma mi sembra che l'impostazione mente questa: facciamo la previsione nel 2016 ed è entra in vigore nel 2017, giusto? Perché la decisione è dell'anno prima la decisione. Mi chiedo: non riusciamo a introdurre la riduzione dell'IRAP nel 2016 in modo che la 2017, legge di riforma delle IPAB approvata, abbiamo la riduzione dell'IRAP già stanziata.

..L'avevamo già proposto.

Ass.re Manuela LANZARIN (Zaia Presidente)

..Esatto, deve essere legata alla riforma vera e propria, quindi come facciamo prima che ci sia la riforma a inserire questa?

..No no, l'impegno c'è, l'ho detto anche pubblicamente a più riprese e mi sembra che siamo tutti d'accordo. È informata anche la ragioneria, nel senso che sta facendo i conteggi quale sia meglio per avere più o meno lo stesso introito, poi, saranno i 10 mila, i 20 mila, non è quello che fa la differenza. Però se c'è una riforma in itinere, come facciamo noi adesso a pensare di applicare o proporre una cosa di questo tipo che non abbiamo neanche il parametro, la quantificazione, quindi facciamo fatica? Però sull'impegno mi sembra che ci siamo espressi un po' tutti, quindi non si torna indietro per quanto mi riguarda. L'avevo anche già sottoposta agli uffici dei tributi, però non penso proprio sia fattibile inserirla adesso.

Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)

Ma se non riusciamo a dare un segnale sulla riduzione dell'IRAP, riusciamo a dare un segnale sugli altri due aspetti che riguardano le case di riposo, ovvero il numero delle impegnative o il valore delle impegnative? Almeno dare un piccolo segnale. Guardate che fino al 2010, dal 2002 fino al 2009, ogni anno c'era uno stanziamento per le case di riposo che aumentata del 2-3%, dal 2009 non abbiamo più toccato la quota sanitaria.

..No, è sempre il Fondo sanitario e il Fondo sanitario non è mai stato ridotto, quindi uno stanziamento di 10 milioni per questa partita sono fattibili perché noi stanziavamo 717

milioni anche quest'anno dopo che abbiamo inserito altre spese all'interno della Fondo non autosufficienza. Quindi il Fondo non autosufficienza negli ultimi due anni in realtà è stato ridotto almeno di 21 milioni, perché abbiamo inserito nuove voci di spesa all'interno che prima erano esterne, come i gravissimi e come altre categorie, quindi rimaniamo fermi.

E non discutendo mai la partita delle impegnative abbiamo una differenza tra i posti accreditati alle case di riposo, che sono 33 mila, e le impegnative, che sono 24 mila, c'è una differenza di 9 mila. Vuol dire che 9 mila posti sono pagati a 2.500, 2.400 euro al mese perché la Regione non mette la quota sanitaria. Vuol dire che le case di riposo pubbliche vanno in crisi, sono con i bilanci dissestati e chiudono, perché questa è la realtà. Stiamo mandando a rotoli il sistema delle case di riposo e delle IPAB del Veneto, non abbiamo fatto la riforma, non aumentiamo le impegnative, non aumentiamo il valore impegnative. Chiedo uno 0,30 per le impegnative che vengono date alle IPAB possiamo metterlo? Facciamo due conti, sono 3 milioni! Diamo il riconoscimento, perché sono fuori mercato. Non c'è più la concorrenza con il sistema privato, di queste 33 mila metà è privato e metà è pubblico, 15 mila privato e il resto sono pubbliche; ma non reggono più, è il privato che sta investendo, stanno costruendo, stanno realizzando, perché c'è il blocco delle IPAB.

Non intervenendo, non prendendo decisioni, rinviando di anno in anno stiamo dicendo alle IPAB chiudete o trasformatevi in modo anche truffaldino in fondazioni private, oppure esternalizzate tutto quello che potete. Però non è più il sistema adeguato perché l'invecchiamento, abbiamo sentito anche prima l'Alzheimer, sono questi i segnali che

continuano ad arrivare da 5 anni a questa parte e che non abbiamo mai recepito in maniera neppure minima. Almeno 3 milioni in più, aumentiamo l'impegnativa di un valore, ma almeno un segnale che siamo attenti a questo esercito di persone che lavorano, di strutture che abbiamo e che stiamo mandando in malora, le stiamo mandando in malora.

Ass.re Manuela LANZARIN (Zaia Presidente)

Io mi sono già impegnata a prendere in mano il Fondo non autosufficienza 2016 non come gli ultimi anni a dicembre, al 15 dicembre, ma a marzo lo prendiamo in mano. Quindi facciamo tutti i ragionamenti possibili, nel senso che mi auguro ci dovrebbero essere delle partite che rimangono un po' più libere. Ne cito due ma non lo so, perché dovremo vedere: spending review dovrebbe essere stato l'ultimo anno che mettevamo i 10 milioni, a meno che il Governo non ci dica "recuperate nuovamente", quindi dovremo avere un margine un po' più libero. Il discorso legato agli ex OPG, probabilmente o rientrato nel collegato alla Finanziaria in modo che abroghiamo quella legge e poi c'è un cofinanziamento e non ci costa più 9 milioni e quindi anche lì recuperiamo qualcosa, o presenterò il disegno di legge è già pronto di fatto. Quindi, in teoria, dovremo riuscire a recuperare qualcosa e in quell'occasione facciamo un ragionamento complessivo. Questo posso alla luce delle conoscenze che ho io.

Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)

Il Configliacchi è una struttura pubblica che vuole privatizzarsi perché non ce la fa più, perché il deficit di 300-400 mila euro... basterebbe aumentare di un niet la quota sanitaria giornaliera e riuscirebbero a venirne a capo

qualche modo. Così accumulano anno dopo anno, vendono il patrimonio, se riescono a venderlo, una volta lo vendevano adesso non lo non riescono più a venderlo, o vanno in tilt colossale.

Comunque faremo sicuramente questo ragionamento anche in Aula perché crediamo fermamente che dopo 6 anni di niente, almeno un segnale dobbiamo darlo. Perché il tema dell'invecchiamento è quello fondamentale, che stiamo vivendo tutti i giorni, la cronicità, stiamo dicendo continuamente il sistema della cronicità, abbiamo adeguato anche il sistema socio sanitario per dare una risposta adeguata al tema della cronicità.

E poi, se posso chiedere un approfondimento, come sta funzionando il sistema delle ICD? Ne abbiamo parlato anche prima, noi non sappiamo realmente come vanno a finire queste partite delle ICD. È una sperimentazione di tre anni, se riusciamo tra tre mesi, due, a fare il quadro perché questa cosa non... Se attiviamo l'Osservatorio riusciamo ad avere qualche dato in più, perché mi sembra che nel sociale da due, tre anni stiamo navigando a vista con un po' di approssimazione e quindi dobbiamo avere dei dati certi.

Per quello che riguarda la sanità chiedo, come l'altra volta, se è possibile fare un minimo di stanziamento per i corsi di formazione OSS. Non so se l'Assessore ha fatto la verifica per la richiesta di nuovi operatori socio sanitari o se vorrà farla, se ci dice qualcosa magari anche in Aula.

Patrizia BARTELLE in GRILLO (Movimento 5 Stelle)

Chiedo se abbiamo effettivamente i numeri del personale OSS che sarebbe effettivamente necessario nella Regione Veneto. Chiedo questo per non creare ulteriori illusioni di lavoro e creare nuovi disoccupati, che ce ne sono tanti.

Ass.re Luca COLETTI (Liga Veneta - Lega Nord)

Ha detto bene: sono calati ultimamente i corsi proprio perché c'era meno necessità. Li abbiamo contingentati e equiparati a quella che era la domanda rispetto alle varie strutture. Abbiamo appena approvato in Giunta una delibera che faceva ripartire i corsi e i corsi sono proprio finalizzati a recepire l'incontro fra la domanda e l'offerta, quindi a coprire quelle che sono le necessità.

Faremo ulteriori verifiche, ma è la sanità che si interpola con l'assessore Donazzan proprio per avere dei corsi che coprono esattamente la domanda. Siamo stati un po' fermi, avevamo rallentato, siamo ripartiti proprio perché è ripartita la richiesta; evitando di creare false attese su posti di lavoro che effettivamente non ci sono. O meglio, facciamo i corsi finalizzati ad occupare le persone che effettivamente il mercato può recepire.

Claudio SINIGAGLIA (Partito Democratico)

Un'ultima domanda secca all'assessore Lanzarin: i 700 mila euro per il servizio civile anziani ci sono...?

Ass.re Manuela LANZARIN (Zaia Presidente)

Ci sono all'interno del Fondo sociale.

PRESIDENTE

Bene.

Altre domande?...

Allora passiamo all'espressione del parere sul punto 6 all'ordine del giorno. Assessore, come vuole che mettiamo giù quella...

..Allora votiamo il parere con i 50 milioni nel triennale 2016-2018, per il 2016 già ci sono, quindi per i due anni rimanenti, per l'individuazione ovviamente provvederà l'Assessore. Per il resto le risposte le abbiamo avute.

Pongo in votazione il parere al PDL 109.

Favorevoli? Contrari? Astenuti?

Approvato.

Pongo in votazione il parere sul PDL 110.

Favorevoli? Contrari? Astenuti?

Come prima.

Non so se avete avuto modo di pensare un nome per la costituzione del gruppo di lavoro per l'approvazione del piano annuale di attività del servizio di vigilanza, avevo chiesto un nome a maggioranza e a opposizione. L'opposizione ha pensato? Possiamo anche rinviarlo a martedì prossimo, però ricordatevi perché dobbiamo dare mandato al Servizio di vigilanza.

Per quanto riguarda gli altri punti rinviemo alla prossima seduta.

Buona serata.

La Seduta termina alle ore 16.10