

## Marche. Consiglio regionale del 16 dicembre

### Il dibattito per l'approvazione del Piano socio sanitario

Riportiamo di seguito il dibattito (compresa la votazione degli emendamenti) che si è svolto in Consiglio regionale in occasione dell'approvazione del Piano socio sanitario regionale.

Alcuni punti, che abbiamo ritenuto significativi, li abbiamo evidenziati.

Vogliamo soltanto segnalare un'imprecisione comparsa spesso negli interventi anche della maggioranza (compreso il presidente della V Commissione): il sistema della post acuzie (riabilitazione e lungodegenza ospedaliera) è rivolto a malati - come specifica il nome - in fase post acuta e non riguarda interventi rivolti alla cosiddetta fase della cronicità per i quali le risposte vengono date attraverso i servizi extraospedalieri (domiciliari, diurni e residenziali).

#### Per approfondire

- Il Piano socio sanitario della regione Marche

<http://www.grusol.it/aprilinformazioni.asp?id=2710>

- Nodi irrisolti e omissioni del Piano socio sanitario della regione Marche

<http://www.grusol.it/apriSociale.asp?id=643>

- Percorsi assistenziali nella post acuzie e nella cronicità. Quadro nazionale e regionale <http://www.grusol.it/aprilinformazioni.asp?id=1977>

- Post-Acuzie, Riabilitazione e Residenzialità: un nodo da sciogliere,

<http://www.grusol.it/aprilinformazioni.asp?id=789>

Proposta di atto amministrativo n. 14 ad iniziativa della Giunta regionale  
"Piano socio sanitario regionale 2012/2014 - Sostenibilità, appropriatezza,  
innovazione e sviluppo"

(Discussione e votazione)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la proposta di atto amministrativo n. 14 ad iniziativa della Giunta regionale. Ha la parola il relatore di maggioranza Consigliere Comi. Preciso che i minuti per gli interventi, così come previsto dal Regolamento, sono dieci. Purtroppo oggi dovrò essere inflessibile nella gestione del tempo altrimenti rischiamo di andare molto in là.

**Francesco COMI.** Cercherò di sintetizzare il lavoro e il piano socio-sanitario. Intanto alcune precisazioni per evitare che il dibattito trascuri alcuni elementi di verità. Quello che approviamo è un atto amministrativo, non è una legge, e questa precisazione è d'obbligo, considerato che la maggior parte della discussione che ha animato questi mesi il tema del piano socio-sanitario ha riguardato l'architettura istituzionale, la personalità giuridica, i processi di aziendalizzazione del sistema sanitario territoriale e provinciale, i poteri, le competenze dell'Asur, dei dipartimenti, delle aziende.

Tutto questo è oggetto di leggi ben precise e non del piano. Il piano è programmazione, è pianificazione e non definizione di poteri, competenze e organigrammi. Scrivere tutto ciò che riguarda questo dentro il piano non equivale

alla possibilità di realizzarlo. Per fare ciò occorrono leggi ben precise. Come la legge 13 e le successive modificazioni che disciplinano l'organizzazione dell'Asur, le altre leggi che riguardano l'istituzione, già avvenuta, dell'Azienda Ospedale Riuniti Marche Nord e quella di Torrette, la legge 20 che disciplina i processi di autorizzazione di accreditamento e la legge che riguarda i dipartimenti. L'atto amministrativo che approviamo ha altro contenuto.

Ai colleghi Consiglieri voglio dire anche che non è un atto generico descrittivo, o meglio, un atto vago, evasivo e ambiguo. Questa è semmai l'impressione, permettetemi, di chi ha solo annusato il piano, non tutti lo hanno letto. Il piano esprime obiettivi ben precisi — che dettaglierò in maniera chiaramente schematica -, obiettivi puntuali, circostanziati e chiaramente impegnativi.

Impegnativi a tal punto che la Regione Marche è l'unica Regione che si è permessa il lusso di approvare un piano socio-sanitario. Quando si dice che rischiamo di sottrarre il dibattito all'Assemblea legislativa dobbiamo sapere che siamo l'unica Regione che discute della programmazione socio-sanitaria.

Le altre Regioni o vi hanno rinunciato per l'impossibilità di gestire le tante variabili esogene di carattere finanziario che derivano da manovre finanziarie, da patti di stabilità interni, ecc., oppure vi hanno dovuto rinunciare perché sono state commissariate. Noi invece ne discutiamo.

Tra l'altro nel nostro piano abbiamo un percorso successivo di grande partecipazione, che voglio solo censire per chiarire ai colleghi il lavoro che dovremo continuare a fare.

Abbiamo chiesto alla Giunta di trasmettere entro il mese di febbraio di ogni anno una relazione sullo stato di attuazione del piano che contenga tutte le informazioni relative ai flussi di mobilità sanitaria, allo stato di attuazione del processo di riorganizzazione della rete sanitaria, l'andamento del processo di riduzione delle liste di attesa, la valutazione dell'efficacia sul versante finanziario delle scelte strategiche. Abbiamo previsto che entro il 30 aprile di ogni anno l'Assemblea legislativa, attraverso la Commissione, esprima pareri sui piani dettagliati puntuali di area vasta, geograficamente intesa, che saranno anche frutto di una concertazione con le parti sociali confederali, ovvero con le rappresentanze dei lavoratori marchigiani, e con la filiera delle autonomie locali, in particolare attraverso il Cal e il Crel.

Quali sono le questioni che vengono indicate nel piano?

**La prima, equità.**

Nel piano indichiamo un obiettivo preciso, equità nella perequazione delle risorse e delle prestazioni tra le aree vaste. Chiediamo alla Giunta, agli organi di governo – mi rivolgo all'Assessore e al Presidente –, che nella distribuzione delle risorse dobbiamo indicare come obiettivo strategico quello di recuperare l'equità, affinché ciascun cittadino marchigiano dal sud al nord abbia le stesse risorse disponibili. E se questa perequazione non c'è va recuperata attraverso azioni mirate che noi dettagliatamente suggeriamo e indichiamo. Per chi volesse leggere è a pag. 9.

**Secondo obiettivo, equilibrio economico finanziario.**

Questo è un altro obiettivo irrinunciabile. Non ci può essere programmazione che non tenga conto del quadro economico delle risorse disponibili. Non possiamo trascurare il fatto che a luglio ci hanno comunicato di dover fare i conti con meno 220 milioni rispetto a quelli che avevamo ipotizzato potessimo utilizzare. Inoltre che

poche settimane fa il Governo Monti ci ha indicato altri 280 milioni in meno rispetto a quelli possibili da utilizzare per il prossimo triennio. Per quanto questo ci suggerisca, è onesto riconoscerlo, la possibilità di maggiore ricorso alle leve della fiscalità regionale per ciò che è di competenza regionale, che non significa aumento della pressione fiscale, ma significa che abbiamo una quota in più e loro una quota in meno rispetto alla fiscalità regionale disponibile. Poi se significherà anche altro lo vedremo dalle manovre nazionali. Questo dato è comunque una variabile fondamentale.

### Terzo obiettivo, l'appropriatezza.

Il nostro ambizioso orizzonte è quello di ricercare nell'appropriatezza anche la soluzione al rispetto dell'equilibrio economico finanziario. Fare appropriatezza significa certo corrispondere a un bisogno di qualità, a un bisogno di un servizio adeguato, ma significa anche spendere nel modo giusto le risorse disponibili. Appropriatezza clinico-prescrittiva e appropriatezza nella cura. Ecco, da questo punto di vista siamo indietro. Rispetto alla prima, la medicina difensiva che c'è nel sistema, causa anche di una assenza di tutele per i medici di famiglia e di responsabilizzazioni adeguate per la categoria, determina un accanimento e un eccesso diagnostico con ricadute incredibili sui costi per la sanità. Troppe tac, troppe risonanze, troppe mammografie. Insomma, troppo ricorso alla diagnostica rispetto a quello che sarebbe appropriato.

E l'accanimento non è solo diagnostico, ma è anche terapeutico, anche su questo c'è grande inappropriata. Dall'analisi della produzione delle prestazioni e dei servizi ospedalieri - disponibile per tutti i Consiglieri regionali sul sito dell'Agenzia regionale sanitaria - rileviamo che ci sono almeno un 30% di prestazioni inappropriate.

Dobbiamo quindi fare uno sforzo per ricondurle a un livello adeguato. Ovvero uno sforzo per andare dal ricovero ordinario a quello diurno, dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale. Per cui qualificazione e un sostegno sempre maggiore a favore dell'assistenza residenziale e domiciliare.

Appropriatezza significa, per esempio, rispetto dei parametri che riguardano i posti letto. Questo è un dato ben preciso. Noi l'obiettivo non lo indichiamo in termini generici bensì in termini puntuali. Il Governo ci chiede di rispettare il 4 per mille rispetto ai posti letto, noi sappiamo di essere già vicini a quell'obiettivo, abbiamo un esubero di 120 posti letto, raggiungeremo quell'equilibrio. Ma il Governo ci chiede di più, ci chiede che dentro quel parametro generale venga rispettato l'altro parametro, quello dei posti letto che riguardano le acuzie e la cronicità, ovvero il dato del 3,3 e dello 0,7. Il che significa che noi riconvertiremo 377 posti letto di acuzie in 250 posti letto per la cronicità. Dunque sono dati e numeri precisi, non generici.

Altro dato che viene indicato. Il piano individua gli indicatori di efficienza e di appropriatezza organizzativa attraverso i quali realizzare le nostre politiche.

Il piano individua, richiamando i decreti legislativi, la lista dei drg a rischio inappropriatezza che riguardano il regime di degenza ordinaria e tutti i drg a rischio inappropriatezza che riguardano il regime ambulatoriale.

Quindi c'è, per chi ha volontà di studiare il piano, un'indicazione ben precisa di tutte quelle prestazioni e servizi socio-sanitari che dovranno essere riorganizzati.

Il piano individua con molto dettaglio la nuova allocazione delle risorse nel rispetto dei livelli assistenziali, facendo una scelta politica ben precisa, incremento delle

risorse per la prevenzione e ribaltamento delle priorità tra le risorse destinate all'attività ospedaliera rispetto a quelle destinate all'attività distrettuale. Quindi 5% alla prevenzione, oltre il 51% all'assistenza distrettuale territoriale e solo il 44% all'assistenza ospedaliera. Il che indica un cambio di orizzonte rispetto alla nuova sanità a cui guardiamo.

Contenimento delle liste di attesa.

Il piano individua con chiarezza le politiche volte ad individuare e a rimuovere le criticità, con interventi mirati nell'ambito generale del riposizionamento dell'offerta specialistica a livello regionale.

Vengono individuate le politiche della prevenzione e predizione. Ovvero, accanto alle conoscenze della medicina tradizionale introduciamo anche quelle nuove della medicina c.d. molecolare. Individuiamo precisi e nuovi percorsi diagnostici e terapeutici che hanno l'obiettivo di spostare l'attenzione dalla diagnosi precoce alla predizione, e la continuità assistenziale attraverso il monitoraggio continuo del rischio.

Il piano individua nella promozione della cultura di rete e della collaborazione professionale lo strumento per politiche concertate, ovvero per garantire capacità di comunicazione e diffondere pratiche e strumenti che facciano diffondere percorsi condivisi mettendo insieme le professionalità. Le cabine di regia – perdonatemi, ma in questo poco tempo posso solo citare i titoli –, i tavoli interaziendali per costringere le aziende a dialogare su obiettivi condivisi.

Il piano individua anche alcuni elementi di novità, come la medicina di genere, perché anche il sesso può influire sulla fisiologia, sulla fisiopatologia, sulla clinica, sull'efficacia di interventi diagnostici e terapeutici. La medicina non convenzionale come nuova frontiera.

Il pubblico.

Di questo abbiamo parlato molto. La nostra Regione governa al 100% il sistema sanitario pubblico, detta per tutti le condizioni, gli obiettivi strategici, i parametri dentro i quali deve essere regimentato il servizio di assistenza sanitaria regionale. Dentro il sistema pubblico e al controllo pubblico ci sono le varie forme di gestione. Noi possiamo vantare il privilegio e il lusso di essere la regione più pubblica d'Italia, noi abbiamo il 93% di gestione pubblica, rispetto al 7% di gestione privata.

Per mantenere questo obiettivo facciamo diverse cose. Primo, garantire l'equilibrio economico finanziario, senza questo la deriva pubblica sarebbe messa in discussione. Secondo, abbiamo detto che le minori risorse dovranno riguardare sia la gestione pubblica ma anche la gestione privata, nessuno è salvaguardato. Abbiamo detto che l'allocazione dei posti letto da riconvertire, da riassegnare deve essere fatta al netto delle aziende, delle eccellenze e delle strutture autorizzate accreditate pubbliche e private. Abbiamo detto che ogni posto letto a gestione pubblica che sarà riconvertito lo sarà dentro il sistema a gestione pubblica.

Abbiamo dato indicazioni ben precise e coraggiose per cercare di porre una correzione all'attività di intramena e extramena. Pur sapendo che l'intramena e l'extramena non sono di nostra competenza bensì del legislatore ordinario. E se lo fosse noi quella legge l'avremmo cambiata; personalmente non condivido.

L'intramena è una convenzione con il medico pubblico per fare all'interno della struttura attività privata. Noi non ci possiamo opporre a questo. Però dobbiamo

responsabilizzare quei professionisti, possiamo cioè fare in modo che se non rispettano il principio sacrosanto della riduzione delle liste di attesa la convenzione di intramoenia non solo non verrà rinnovata ma anche sospesa.

Noi a un medico non possiamo decidere se far fare o meno l'extramoenia, lo decide il legislatore ordinario, però possiamo decidere che chi deve organizzare e gestire il sistema pubblico a livello dipartimentale, quindi non a livello di struttura complessa, possa essere scelto tra chi si dedica completamente all'attività pubblica, al fine di evitare ci siano conflitti.

L'altro aspetto è la concertazione.

Il nostro piano strategico di obiettivi dovrà essere declinato in azioni quotidiane, ogni giorno ci sono novità con le quali dobbiamo fare i conti.

Questa declinazione, questa concretizzazione dovrà avvenire in modo partecipato. Ecco perché abbiamo individuato nei tavoli regionali interaziendali — ai quali partecipano gli assessori alle politiche sanitarie e sociali, il direttore di dipartimento, i direttori delle aziende, e nei quali sono coinvolte le organizzazioni sociali maggiormente rappresentative e confederali— i luoghi della discussione. Quei piani saranno portati poi all'attenzione del Cal, e quindi con il coinvolgimento dei Sindaci, e dell'Assemblea, attraverso la Commissione, per pareri obbligatori. Il che significa partecipazione concreta.

### Sociale.

Ecco, il dibattito del sociale è stato trascurato nell'attenzione di molti Consiglieri, a me dispiace. Se non avessimo fatto un piano socio-sanitario non avremmo più avuto la possibilità di gestire le politiche sociali, perché il fondo unico sociale è stato azzerato. Noi abbiamo la possibilità di continuare a garantire una tradizione di politiche sociali, una rete di protezione sociale diffusa e radicata sul territorio, un modello di welfare e di convivenza solidale, che fa affidamento sul terzo settore e sulla filiera delle autonomie locali, grazie alle risorse della Regione Marche e grazie alle risorse del Sistema sanitario. Quest'anno mettiamo 60 milioni della sanità sulle politiche sociali e siamo la sola Regione a fare questa scelta.

Il tema più dibattuto dentro il sociale è quello dei modelli organizzativi. Io ora non ho la possibilità di svilupparli, però dirò almeno alcuni slogan esemplificativi. Abbiamo appreso con rassegnazione, con amarezza che il mondo nel quale viviamo non è un mondo di uguali, è un mondo di diversi, pertanto il compito della politica è quello di creare ponti per superare le disuguaglianze, non disconoscerle o trascurarle.

Il nostro modello di protezione sociale fa questo., ma fa anche un'altra cosa, assume la consapevolezza di non essere autosufficiente. Noi con 60 milioni non siamo in grado di provvedere ai bisogni di una comunità marchigiana che ha oltre 360 mila persone ultrasessantacinquenni, più di 32 mila persone non autosufficienti, tantissimi ragazzi disabili e tantissimi soggetti fragili.

Ecco perché vogliamo consolidare la nostra rete di protezione sociale. Una rete fatta del pubblico che la coordina, ne cura la regia, attraverso la Regione, gli Ambiti sociali, i Comuni, dentro la quale ci sono però tanti soggetti, il terzo settore, il privato sociale, profit e non profit, le famiglie; famiglie non come soggetti a cui deleghiamo un pezzo di politiche sociali ma che includiamo dentro un processo che governiamo noi.

La vera sfida del sociale è quella di garantire livelli essenziali uguali per tutti i cittadini, sapendo che non tutti gli amministratori hanno la stessa cultura sul

territorio, tra i Sindaci non tutti hanno lo stesso ordine di priorità, non tutti individuano nella tutela delle fragilità l'obiettivo strategico.

Sarebbe utile che L'Assemblea legislativa delle Marche condividesse una battaglia nazionale, quella di determinare livelli essenziali di assistenza socio-assistenziale. Se non c'è un diritto certo non può esserci esigibilità della prestazione, non può esserci eguaglianza.

Ecco perché dentro questo c'è anche un'azione politica che dobbiamo condividere.

### **Investimenti.**

Il piano sociale non individua nuovi investimenti. C'è una grande confusione da questo punto di vista. E vi prego di ascoltarmi, colleghi, così evitiamo di dirci poi cose non vere.

Il piano non individua gli investimenti da fare ad Ancona, a Pesaro, ad Ascoli, a Fermo, a Macerata, non fa questo, il piano censisce gli atti di programmazione adottati negli anni. Per esempio, fateci caso, rispetto a Pesaro c'è scritto "istituzione dell'azienda ospedale Marche nord". E' evidente che quello non è un obiettivo, perché quell'azienda l'abbiamo già istituita con una legge diverse legislature fa.

Quando si parla di primo stralcio, quello che riguarda la messa a norma, l'adeguamento strutturale di 112 milioni di euro, non si parla di un nuovo investimento, ma si parla di risorse che sono già state adottate dalla Giunta regionale, che sono l'oggetto di un protocollo già sottoscritto tra la Giunta e il Governo, già finanziate e in gran parte già spese e appaltate.

Quando parliamo del secondo stralcio facciamo riferimento a risorse e a investimenti che dalla Giunta regionale sono stati già decisi nelle scorse legislature, sono già oggetto di un protocollo sottoscritto nel passato tra la Giunta e il Governo.

Mancano alcune risorse che riguardano rivalutazioni urbanistiche delle quali non abbiamo nessuna colpa. Faremo un'azione necessaria e adeguata per recuperarle.

C'è poi un terzo stralcio nel quale la Giunta ha fatto i suoi atti. C'è stato un protocollo sottoscritto tra la Giunta e il Governo. Inizialmente il Governo vi ha messo a disposizione risorse e successivamente, attraverso un patto di stabilità interno dell'ultimo Governo, le ha sospese.

Questi atti sono già stati adottati, li abbiamo registrati nel nostro piano perché fanno riferimento a una strategia che va avanti con continuità da quando nel 2007 abbiamo iniziato una coraggiosa opera di risanamento che ci vedeva nel 2002 con 159 milioni di euro di debito all'anno e che abbiamo risalito vertiginosamente fino a 4,5 milioni di attivo nel 2008.

Il quarto stralcio, quello al quale si fa riferimento, non è pianificato, perché la Giunta non ha potuto fare atti, perché non ci sono protocolli, ma riguarda la sfida del futuro, quella alla quale non ci siamo voluti sottrarre, quella che riguarda l'altra provincia, l'area vasta 3, nella quale non appena avremo le risorse inizieremo a costruire un percorso progettuale di sfida.

E' evidente il passaggio del Presidente. Nel momento in cui il Presidente dice "quando le risorse saranno disponibili", esercita rigorosamente, in maniera trasparente e seria, la sua funzione, facendo riferimento a un atto di finanziamento che prima c'era e poi è stato sospeso.

Quindi far finta che quell'atto non è stato sospeso significa non dire la verità, significa non esercitare seriamente la nostra funzione. Per poter dimostrare di essere buoni amministratori non basta agitare la bandiera dei tagli della politica, noi abbiamo il dovere di esercitarla fino in fondo, soprattutto laddove abbiamo la nostra competenza, in particolare nella sanità.

Sull'azienda di Ascoli voglio chiarire. C'è una discussione in atto.

Il Presidente ha indicato un emendamento che è stato interpretato nel modo sbagliato. (...) Il Presidente, la Giunta – io sono abituato a dire ovunque le stesse cose, quello che dico qui l'ho sempre detto e ribadito in tutti i posti –. Il Presidente ha fatto un chiarimento. Nel piano rispetto all'azienda ci sono tre passaggi, c'è la parte che riguarda le infrastrutture e c'è la parte organizzativa (pag. 116 e 224). Ecco, se uno si concentra solo su un emendamento significa che non ha letto il piano, seppure capisco che era cosa faticosa e impegnativa.

Noi nel piano abbiamo scritto, e l'abbiamo chiarito: avvio di un'azienda, avvio delle procedure dell'azienda (pag. 230-234). Abbiamo pure detto che l'avvio dell'azienda segue la realizzazione della nuova struttura, alla quale crediamo e alla quale dedicheremo risorse e impegni.

L'azienda sarà lo strumento per la gestione del nuovo ospedale unico della provincia di Ascoli, quello per il quale realizzeremo politiche, adesso di integrazione maggiore tra Ascoli e San Benedetto.

L'emendamento che ha scritto il Presidente dice un'altra cosa, cioè dice di valutare le modalità istitutive dell'azienda, ossia chiarisce che con un atto successivo, ovvero una legge, che non è prerogativa di questo atto ma che ha un altro valore, un altro rango, altro significato, si determinerà non il se ma il come le modalità istitutive.

Insinuare dubbi e sospetti equivale a un dibattito che personalmente non mi appassiona. E soprattutto un dibattito che non sta dentro questo piano. Chi non vuole discutere di questo piano, di questi contenuti, delle scelte dei prossimi cinque anni si sta attardando in una discussione che riguarda i prossimi dieci anni. Le nuove strutture, quella di Macerata, di Ascoli, di Pesaro, non sono l'oggetto di questo piano, ma del futuro piano, quello che un altro Presidente di Commissione, un altro Assessore, un'altra Assemblea legislativa dovranno gestire.

Oggi io gradirei una discussione nel merito delle cose da fare, non invece allontanare l'orizzonte per non affrontare i problemi attuali.

Concludo non prima di aver ringraziato il Vicepresidente della Commissione D'Anna e con lui tutti i colleghi della Commissione. In particolare ci tengo a ringraziare la dott.ssa Alessandrelli e la dott.ssa Giannetti, perché senza il loro indispensabile contributo tecnico organizzativo non saremmo riusciti ad esaminare consapevolmente e con competenza tutti gli emendamenti presentati.

Abbiamo lavorato un anno su questo atto. Abbiamo ascoltato più di 800 persone, facendolo non ritualmente ma con grande rigore e serietà. Abbiamo esaminato gli emendamenti senza assegnare credito a nessuno.

L'invito che rivolgo alla politica e ai Consiglieri è quello di acquisire fiducia nei propri mezzi, non fare i ventriloqui di alcun dirigente. Una classe politica deve sapere di cosa parla, non ripetere ciò di cui ha sentito parlare e del quale all'esame puntuale dei fatti non sa cosa significhi. Chiedo alla classe politica di elevarsi a un dibattito più serio, più consapevole, più di merito, meno riferito e più dettagliato, meno demagogico, meno slogan e più sostanza.

Nel merito delle tante questioni e dei tanti emendamenti cercherò di dare un contributo nel corso della discussione.

**Giancarlo D'ANNA.** Intanto esprimo i ringraziamenti a tutto il personale della V Commissione, perché è stato molto difficile per noi ma ancora più difficile per loro seguire il percorso di questo piano. Un piano che è stato modificato in tante sue parti, in più momenti. Quindi ringrazio tutti sentitamente per il lavoro che hanno svolto.

Vorrei anche ringraziare il Consigliere Natali, che con me è esponente dell'opposizione. Nelle audizioni a cui faceva poc'anzi riferimento il Presidente Comi in più occasioni la presenza del Consigliere Natali e del sottoscritto hanno fatto sì che ci fosse non solo il numero legale ma che venisse evitata una figuraccia nei confronti di coloro che magari avevano fatto chilometri per venire a farci capire le loro posizioni.

L'obiettivo dichiarato del piano socio-sanitario non può tradursi in un esproprio di competenze a danno degli enti locali, pertanto è necessario che venga ampliato e reso decisivo il confronto con gli enti locali. L'Area vasta in quanto strumento di implementazione dovrà essere dotata di strumenti di programmazioni gestionali quali budget di gestione. Con queste parole Matteo Ricci, presidente del Cal, motiva il parere favorevole del Consiglio delle autonomie locali al piano socio-sanitario regionale.

C'è da chiedersi quale versione del piano abbia letto dal 2010 ad oggi e su che cosa abbia trovato conforto per fargli esprimere un parere favorevole con tali motivazioni.

Forse è in quel piano che non è mai nato! Quello che vorrebbe assegnare alle aree vaste la personalità giuridica,. Quella personalità giuridica che sarebbe stata la vera e concreta novità, ma soprattutto che avrebbe consentito ai territori di rappresentare una vera, fattiva e concreta partecipazione alle scelte.

Oggi l'Asur è il soggetto che esercita a livello centralizzato le funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo gestionale e contabile dell'attività aziendale e nelle aree vaste territoriali lo svolgimento di alcune funzioni non esercitabili in maniera completa in quanto le aree non sono dotate di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale.

E' anche per questo motivo che come coordinamento di *Azione Marche* abbiamo presentato una proposta di legge per una nuova riorganizzazione del servizio sanitario regionale che prevede l'abolizione dell'Asur e la nascita di 5 aree vaste con personalità giuridica.

La nostra proposta di legge nasce dall'esigenza di apportare modifiche all'attuale modello organizzativo del sistema sanitario regionale, al fine di risolvere le criticità dell'impianto nonostante i continui aggiustamenti.

E' necessario, pertanto, apportare sostanziali modifiche al sistema con un impianto legislativo più consono alle realtà territoriali marchigiane, cosicché da rafforzare il sistema stesso e renderlo nello stesso tempo più efficace e più efficiente.

Questa è la premessa alla proposta di legge che abbiamo presentato.

In tale ottica, secondo la proposta di *Azione Marche*, viene soppressa l'Asur e vengono istituite cinque aziende sanitarie locali alle quali viene attribuita personalità giuridica.

Le suindicate aziende sanitarie locali avranno una competenza territoriale più limitata rispetto all'attuale Asur, cosicché da permettere un migliore radicamento delle medesime sul territorio e consentire quindi l'attuazione di un sistema sanitario regionale capace di garantire effettivamente la centralità del cittadino marchigiano bisognoso di cure in qualsiasi comune esso risieda.

Quanto sopra non è garantito dall'attuale impianto, che vede nell'Asur il soggetto che esercita a livello centralizzato le funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo.

La proposta di Azione Marche tende comunque al risanamento e ad una maggiore razionalizzazione delle risorse economiche destinate alla sanità regionale sanitaria promuovendo a tal fine con l'articolo 16 la costituzione di un consorzio con funzioni finalizzate alla concertazione delle attività non specificamente sanitarie e con l'obiettivo di abbattere i costi gestionali migliorando l'efficienza dei servizi

Ma il piano 2012-2014, che è bene ricordare originariamente era previsto nel 2010 per programmare fino al 2012, condanna i territori ad essere, più di prima, satrapie al diretto comando di Ancona, della Regione, della Giunta regionale, per far sì che quel 70% di risorse che finiscono sul capoluogo di regione non solo non diminuiscano ma aumentino.

Lo si evince nella pianificazione delle azioni del piano socio-sanitario quando si prevede: "la riorganizzazione della rete ospedaliera con potenziamento del centro di riferimento regionale e la concentrazione del maggior numero di discipline dell'alta specialità presso l'azienda ospedaliera universitaria Ospedali Riuniti di Ancona"; ancora "il ridisegno dell'area metropolitana di Ancona per potenziare la risposta al paziente acuto ed in urgenza"; ancora "forte orientamento alla ricerca e all'innovazione nelle strutture dell'area metropolitana di Ancona, con particolare attenzione alla medicina molecolare ed alla medicina predittiva".

Una bella differenza rispetto al resto delle province o aree vaste per le quali ci si degna di concedere la copertura del bisogno di cura e assistenza al livello minimo di area vasta come accade, ad esempio, nell'area vasta della provincia di Pesaro-Urbino dove si continua a parlare di un ospedale unico per il quale risulta a pagina 30 del piano alla voce "piano degli investimenti strutturali" solo e semplicemente l'individuazione del sito del nuovo ospedale.

E' su questo fantomatico ospedale unico, o per essere più precisi l'unico ospedale per acuti della provincia di Pesaro Urbino, sono ancora da chiarire molti, troppi aspetti, Assessore; io ho fatto un'interrogazione, per cui in questo mio intervento riporto alcune mie domande a cui non ho avuto mai risposta. E' inconcepibile, infatti, che una scelta così controversa, delicata e contestata, come l'individuazione di un'area per la costruzione di un nuovo ospedale, avvenga senza quantomeno informare la Commissione sanità regionale e che quest'ultima venga a conoscenza di quanto accade esclusivamente attraverso la stampa locale e non a mezzo comunicazioni istituzionali e che addirittura vengano sollecitate trattative per l'acquisto di un terreno diverso da quelli previsti e proposti.

In base a quali valutazioni, Assessore Mezzolani, riguardo al sito di Fosso Sejore per il nuovo ospedale unico, ha dichiarato a un quotidiano locale che "il terreno più appetibile sembra ricadere nel comune di Fano"? Considerato che all'epoca la commissione della Regione costituita per valutare le proposte, secondo quanto

dichiarato da lei nella medesima intervista, si doveva ancora mettere al lavoro, e considerato altresì che nell'analisi comparativa dei siti per la localizzazione della nuova struttura ospedaliera Marche Nord, redatta dalla Provincia di Pesaro Urbino vengono esaminati solo i terreni pesaresi.

Per quale motivo ha dichiarato a una radio locale che Fosso Sejore è miglior sito senza specificare i terreni, mentre nel documento dell'analisi comparativa dei siti, curato dagli uffici tecnici della stessa Provincia, risultano chiaramente indicati altri terreni?

In base a quali motivazioni, se la Provincia di Pesaro Urbino ha indicato come sito più idoneo per l'ospedale unico un'area di venti ettari, per due terzi pianeggiante, posta a Fosso Sejore nel territorio comunale di Pesaro, le fondazioni Cassa di risparmio di Pesaro e Cassa di risparmio di Fano, si erano impegnate a comprare il terreno allo scopo di donarlo alla Regione, hanno avviato la trattativa sul versante fanese di Fosso Sejore, con il gruppo petrolifero pesarese Berloni proprietario di quell'area, nonostante quei terreni presentino declivi collinari con quote anche di 70 metri. Poi la trattativa è decaduta. Cosa intende fare la Regione oggi che le fondazioni hanno fatto un passo indietro o comunque quel terreno non risponde ai requisiti anche economici?

Visto che il terzo stralcio dell'accordo di programma col ministero col quale si è cercato di vendere quest'operazione, sembra dissolversi, ammesso che reali possibilità siano mai esistite, s'intendono alienare beni immobili di proprietà dell'Asur e della azienda Marche Nord per costruire l'ospedale? E se sì quali? Oppure si è orientati a un intervento del privato? O peggio ancora, si è pianificata tutta questa sceneggiata per spalancare le porte al privato? Oppure una volta creata l'azienda Marche Nord non si costruisce un bel niente e si accorpa tutto nelle vecchie strutture.

In questa lunga attesa a farne le spese sono gli ospedali dell'entroterra, alcuni dei quali hanno il destino segnato che porta i cittadini, come quelli di Pergola che sono qui presenti, a mostrare la loro preoccupazione su quello che sta avvenendo sul territorio.

Se va bene, se così si può dire, alcune di queste strutture verranno trasformate in lungodegenza e riabilitazione, altrimenti alienati per finanziare quegli investimenti che vedono Ancona fare la parte del leone. Non si è avuto il coraggio e l'onesta intellettuale di chiarire che fine faranno quelle strutture.

I fatti parlano chiaro: tra mancanza di personale, strumenti e investimenti molte strutture muoiono di inedia.

E così realtà importanti, come Fano, in attesa dell'ospedale unico, si sono trasformate in un reparto unico dopo i continui accorpamenti, in barba alle false promesse di una pari dignità con Pesaro.

Così sono stati premiati quanti hanno sostenuto la creazione dell'azienda ospedale Marche Nord senza aver inserito nella legge garanzie per le due realtà del territorio della Provincia di Pesaro Urbino.

Ma è tutta la regione che subisce un anconacentrismo esasperato che svuota quasi tutte le altre realtà.

Come Commissione abbiamo fatto diverse centinaia di audizioni, venendo così a conoscenza di realtà drammatiche, come quelle evidenziate dalle associazioni dei dializzati che per voce della sua segretaria regionale Lolli denuncia: "La Regione Marche sta progettando l'accorpamento di alcuni ospedali, con

l'obiettivo di ridurre i costi, contemporaneamente si stipulano, con case di cura convenzionate, che si trovano a poche centinaia di metri dagli stessi ospedali che si vuole accorpate (o chiudere). E prosegue la Lollì "E' ancora più sorprendente che tali collaborazioni con il privato siano giustificate con la necessità di ridurre le fughe verso altre regioni, tutti sanno invece che il proliferare di strutture private convenzionate fa balenare un apparente miglioramento ma in concreto aumenta a dismisura il numero delle prestazioni e l'inappropriatezza delle spese complessive".

Abbiamo avuto richieste di attenzione da parte di chi vive il dramma del disagio mentale, ci hanno fatto notare e hanno chiesto di intervenire sulla disomogeneità interna alle giurisdizioni tra dipartimenti. Abbiamo ascoltato sindaci che ci chiedevano di tutelare quantomeno quel poco di sanità che rimane nell'entroterra. E' stata auspicata una maggior integrazione socio-sanitaria per la disabilità, iniziative volte alla presa in carico dei malati di Sla. Ci si è resi conto che il nostro territorio è trascurato, lasciato in mano alla buona volontà di operatori che si muovono con mezzi obsoleti e direttive confuse. La poca incisività ai fenomeni che coinvolgono i giovani, come droga, disagio giovanile, bullismo, abuso sui minori. Manca infine la valorizzazione e la definizione del ruolo dei comitati di partecipazione e uno strumento di valutazione e monitoraggio del piano stesso.

Un piano, Presidente Spacca, costruito in modo tale da non prendere impegni per non essere poi accusati di non rispettarli. Altro che la meglio sanità d'Italia! Come si è di recente vantato il Presidente Spacca durante la Giornata delle Marche. In conclusione è un piano che non risolve i problemi dei cittadini, che vogliono una sanità efficiente e tempestiva e attenta alle esigenze reali. Ci siamo dimenticati gli 11 milioni spesi per il Cup senza un cambiamento incisivo sulle attese?

E' un piano che lascia la porta aperta alla sanità privata, non solo per quanto riguarda la lungodegenza e riabilitazione ma oltre.

La strada è già aperta. Nelle Marche è operativo l'Istituto Santo Stefano (con 9 strutture di riabilitazione e con 198 posti letto autorizzati, più del doppio dei posti letto che Kos, la società a cui appartiene Santo Stefano, gestisce nel resto delle regioni), marchio che è riferimento di Kos, società operante nel settore dell'assistenza socio sanitaria e fondata da Cir che ne detiene il 53,6% (del Gruppo De Benedetti). Nel 2002 Kos gestisce nel centro nord Italia 60 strutture per un totale di 5.600 posti letto, altri 900 in fase di realizzazione. Nel 2010 il gruppo ha realizzato ricavi per 325 milioni, il 41% con Rsa, 44% riabilitazione e 15% gestioni ospedaliere (un ospedale e tecnologie diagnostiche all'interno di ospedali).

Nel contesto delle Marche, oggi, con questo nuovo piano, ma soprattutto nelle intenzioni della maggioranza, ci sembra percepire che questo sia il percorso che si intende seguire per il futuro.

Saranno le Marche la seconda Regione ad affidare ad un privato la gestione di uno o più ospedali, come accade a Suzzara in Lombardia? Lì Medipass, sempre del gruppo De Benedetti Cir-Kos dal 2004, ha la completa gestione del complesso ospedaliero, dopo essersi occupato della sua ristrutturazione e messa a norma.

D'altra parte nelle Marche l'esperienza pubblico-privato non è una novità.

Tra i tanti punti oscuri di questo piano almeno questo argomento dovrebbe essere chiarito, anche perché lo stesso piano sanitario non esclude, anzi, ipotizza

"modalità complementari e alternative di finanziamento attraverso l'intervento di soggetti privati".

Dunque, ecco, senza nulla togliere al privato noi ancora crediamo ad una sanità di tutti e per tutti. E questo piano non lo garantisce.

**Umberto TRENTA.** Dopo il mio primo intervento sul costo della politica ripropongo la riflessione in Aula. Sapienza vuol dire coraggio del paradosso, rifiuto della banalità, estro nel sostenere linee perdenti e anticonformiste, audacia nell'andare contro corrente quando si intuisce la verità.

Parto con la riflessione del Presidente Comi - che finita la sua relazione di maggioranza, è tornato all'ovile del padrone, Gian Mario Spacca; che per definizione spacca la maggioranza, la minoranza, la trasversalizza, la gestisce, perché uomo di potere - che dirà fra non molto, se già non l'ha detto, al Consigliere Camela e al Consigliere Perazzoli di ritirare un emendamento. Su questo ci scommetto quello che volete. Perché?

Qualcuno oggi ha ringraziato tutti, urbi et orbi, credo anche il relatore di minoranza D'Anna, che a volte avanza, a volte indietreggia, ma comunque ondeggia.

Anch'io avevo preparato una relazione tecnica, Presidente, che, mi creda, era un compitino da 10 e lode, le avrebbe fatto piacere. Poi ascoltando i due relatori mi è venuto spontaneo dire - e per questo avrei meritato la censura del Presidente Solazzi - inciucio.

Ma io sono un riflessivo, fino a quanto riesce a tutelare la mia estrovertità alla quale non rinuncerò mai; un uomo libero dice liberamente quello che pensa, valutando fatti concreti. Io infatti chiedo concretezza.

Presidente Spacca, Presidente Spacca, mi ascolti, non perda tempo a parlare con i suoi delegati Assessori, se no potrebbe succedere la stessa cosa che è successa per l'Erap, che oggi è venuta con una letterina simpatica che mi piacerebbe leggere nelle ultime due righe, però adesso non la trovo, forse me la presa la Consigliera Cariaci, pazienza. Quindi torno al discorso serio, ossia, se la sente, perché questo è l'unico atto concreto che le compete, le è dovuto ed è dovuto alla sanità regionale, di portare in Aula la legge? Portiamo in Aula la legge, non percorsi alternativi. Le altre Regioni, caro Presidente, neanche lo fanno il piano sanitario.

Presidente, lo dica chiaramente "la sanità, come tutte le cose della Regione, la gestisco io". Io sono convinto di questo, Presidente! Apprezzo e ringrazio Almerino Mezzolani, che umilmente e intelligentemente... (...) Senta, Presidente, lei non decide niente? Allora mi spieghi cosa è successo con l'Erap. Se mi spiega questo le chiedo umilmente scusa.

Vado avanti. Io sono uomo di proposta. E qui dopo la fantasanità cameliana siamo arrivati alla fantasanità regionale.

Assessore Almerino Mezzolani, lei si confronta con il suo Presidente, che ho visto d'accordo con il Vicepresidente che aveva a cuore come dice il mio capogruppo, e cioè: ogni Consigliere deve tutelare il suo territorio.

Io sono un Consigliere regionale allora mi piace ficcare il naso da Pesaro fino a Macerata.

E perché dico Macerata, Presidente? E non sto dimenticando un territorio dove lei elettoralmente è robusto. Vado a quell'emendamento fatto dal duo Perazzoli-

Camela. Vedo che il loro datore di lavoro, o meglio, i loro consiglieri, un senatore ex parlamentare, però, ecco, non ho seguito più, ex sindaco, ex consigliere regionale, che impartisce bene e doverosamente i compiti. Anche perché il dilemma vero sta qui, Perazzoli, tra quel 20% della sanità privata del nord dell'Abruzzo, nostro collegio elettorale (1, 2, 3, 4 e 5 con Donati)... (...) No, no. Una volta? (...) Sì, glielo lo faccio adesso il serio! (...) Non parlo con me allo specchio, anche perché il legno non riflette e le superfici che non riflettono hanno di questi problemi! Lo capisco. E la riflessione si fa guardando le persone negli occhi, quindi invito ad esserne capaci! (...) Consigliere Perazzoli, io conosco lei quanto lei conosci me, per cui potremo ecc., ma questo non interessa all'Aula. Vogliamo dire perché interessa all'Aula? Allora vengo al dunque.

Quanti direttori sanitari lei ha sponsorizzato? Nessuno, ed è ovvio, e neanche io, non ho la forza. Avevo un direttore sanitario che guarda caso essendo così bravo è stato trasferito alla sanità privata. Allora il mio dubbio è: vogliamo togliere i migliori dalla sanità pubblica e portarli a quella privata? La risposta è implicita. Facciamo questa operazione perché? – dico a voi Consiglieri Perazzoli e Camela e all'assente Assessore Donati –. Noi sull'ospedale di San Benedetto abbiamo una premura, un'accortezza, dove gradirei che anche il Presidente mi dicesse se ci sono i requisiti minimi igienico sanitari di questa struttura, che ci porta, oggi, essendo così robusta, a nominare nuovi primari. Consigliere Perazzoli, lei preparatissimo com'è è stato sindaco da me condiviso, e questo lo sa. Sono un controsenso i passi successivi che stiamo facendo, la nomina di questi primari, oppure va in questa direzione?

Ribadisco quindi al Presidente Spacca: si impegna a portare entro sei mesi la legge in Aula? Questo è un atto concreto, portiamo la legge in Aula, risolviamo il problema di tutti gli ospedali del maceratese, sistemiamo le questioni. Il Presidente Comi ha detto che abbiamo operato bene nel territorio piceno. 33 comuni che non hanno partecipato equamente alla discussione. Perché mentre noi eravamo qui in Aula forse lei, Presidente, e dico forse, perché lei ha una visione non solo regionale della sanità ma internazionale, visto che è sempre puntuale a rappresentare la Regione Marche per la delega all'internazionalizzazione.

Noi abbiamo nella nostra sanità regionale più dirigenti amministrativi e più primari. Vogliamo razionalizzare allora il costo della sanità che assorbe l'85% delle risorse regionali? Iniziando intanto a verificare, come sa fare lei, Presidente, che è bravissimo in questo. Noi veniamo dalla stessa palestra, siamo ex DC, siamo i migliori, checché se ne dica. No?! Assessori Viventi e Assessore Marconi, guardate che il Presidente sta rinnegando il suo passato! No, Presidente, non lo dobbiamo fare noi, noi siamo orgogliosi di quel passato vero.

Io mi domando il nesso dell'ospedale di San Benedetto così com'è che è linfa vitale per il privato. Ci sono due cliniche importanti, poi andremo a vedere anche altri passaggi nel personale, nella dirigenza e nelle quote societarie di queste cliniche.

Rigore amministrativo. Razionalizzare le risorse...Assessore Marcolini, so che non gliene frega niente, ma so anche la ragione perché lei qui è uno dei tre assessori esterni. Un onorevole anconetano Ciccio a San Benedetto fa delle osservazioni ma le dimentica qui in Ancona. Ma questo fa parte del discorso dell'ipocrisia della politica –. Dicevo quindi delle risorse che lei riuscirà a razionalizzare e a reperire con il rigore amministrativo che le compete eticamente e moralmente, Assessore

Almerino Mezzolani, Assessore Marcolini, Presidente Spacca, qui, quo, qua. Ragioniamo bene! Queste risorse possono essere utilizzate per assumere finalmente gli infermieri.

E vengo alla proposta. L'educazione sanitaria, assente in questo piano, parla proprio di razionalizzazione della spesa sanitaria. Faccio allora tre proposte che vorrei lei accogliesse, Presidente. Un progetto di dematerializzazione – poi a chi lo vorrà spiegherò che cos'è –, gestione del patrimonio immobiliare...

Rapporto sanità privata e sanità pubblica, far capire bene quali sono i primari che fanno lavoro fino alle 14,00 nelle strutture ospedaliere e dopo le 15,00, dicendo no al mattino e sì al pomeriggio, a pagamento nelle strutture private. Quali sono queste strutture? Inoltre le convenzioni che vanno a determinare le liste di attesa e quindi le esternalizzazioni. Dopodiché vorrei che nella legge andasse a verificare i costi dei trasporti e delle croci.

In dichiarazione di voto mi riservo di essere più completo.

**Roberto ZAFFINI.** Indubbiamente questo piano sanitario regionale è un gran lavoro, ma il Presidente Comi ha detto che è un lusso. Probabilmente sì, di questi periodi è un lusso, allora forse era meglio non fare. Perché? Innanzitutto sappiamo che al Governo nazionale sono stati imposti dei tecnici ed anche nella Regione Marche la sanità è stata completamente delegata a tecnici. Però, mi domando: ci possiamo affidare a questi tecnici?

I cittadini, i medici, le associazioni, le istituzioni locali, i politici, i consiglieri di maggioranza e opposizione hanno avuto potere di controllo e di confronto di fronte a questo piano sanitario pari a zero. A zero!! Forse solo i sindacati, come sempre, sono riusciti a metterci un po' le mani.

Questo piano, come i precedenti, probabilmente avrà un risultato ininfluente, tutto rimarrà solo sulla carta. Oltremodo è un piano dal modello futuribile, anzi, direi fantasmagorico, o meglio ancora, fantasma, è un fantasma che per certi aspetti fa anche paura.

E' un piano dei sogni che probabilmente avrà un effetto paralizzante, tutti avranno l'ansia nell'applicarlo, di veder realizzare questi ipotetici ospedali, magari vedremo anche un blocco di quelle nostre microeccellenze che abbiamo sparse in tutto il territorio.

Quindi di fronte a un piano di questa natura non ho veramente parole!

C'è inoltre un fattore fondamentale. La Confindustria stima che una azienda di 800 addetti è già una grande azienda che quindi come tale ha un'altissima complessità gestionale. Che dire allora dell'Asur unica che di addetti ne ha 18.000! Essa si articola in una sconfinata serie di prodotti. Abbiamo cioè una complessità portata all'ennesima potenza.

Ecco, pensare che un unico direttore possa riuscire a gestire questa grande complessità è quanto mai utopistico. Noi non crediamo a Ruta o Ciccarelli in veste di Rambo o Superman, anzi, pensiamo ci sarà tanta confusione, tante incertezze, tante disfunzioni, tanti errori.

E per questo che rivendichiamo con forza la personalità giuridica delle Aree vaste, che vedrebbe ridurre, dividere per cinque volte questa estrema complessità del nostro sistema sanitario. Come è adesso serve solo a distribuire le cariche.

Tutti sappiamo che le Marche è una regione che ha il primato della longevità, i cui motivi risiedono nella nostra cultura alimentare, nella gastronomia locale, nel

modo di vivere, nell'aggregazione, nelle nostre attività ricreative, però è anche perché nel territorio la popolazione è distribuita omogeneamente, non abbiamo metropoli urbane, la campagna e le colline sono ancora popolate, tutti aspetti che appunto creano benessere per la salute e di conseguenza allungano la durata della vita.

Ma purtroppo questo piano potrà mettere seriamente in discussione un simile equilibrio, un tale primato, perché tende ad allontanare l'accessibilità per le popolazioni dell'entroterra, dei piccoli centri, che saranno così sempre più deboli e sempre con minori possibilità di sviluppo, considerato che molti saranno indotti a trasferirsi in centri più grandi, dove scuole, ospedali, uffici pubblici, aziende e servizi commerciali e aziendali sono a portata di mano.

C'è pertanto un paradosso, nell'entroterra si chiudono gli ospedali, quando al contempo si costruiscono impianti eolici dove il vento non c'è. Chissà chi andrà a soffiare su quelle pale!

Ma devo dire che "pale che girano" ci sono comunque, sono quelle di noi fanesi! Sì, perché noi fanesi con questo piano siamo costretti a rinunciare al nostro storico ospedale. E le "pale girano" anche a quelli di Pergola, lì hanno un piccolo ospedale ma, dati alla mano, è un modello che funziona benissimo da ogni punto vista.

I piccoli ospedali hanno permesso fino ad ora, come strutture generaliste, un eccellente servizio nei rispettivi territori, per le acuzie e post acuzie, evitando di caricare le strutture maggiori, che si devono impegnare per mantenere quelle eccellenze che tutti vogliamo; le eccellenze sono quelle che ti garantiscono nella fase apice della malattia e quindi devono essere realizzate anche nella nostra regione.

Però questo piano crea purtroppo un pericolo di svuotamento del nostro entroterra a favore di grossi agglomerati.

Allora ci chiediamo: siamo sicuri che ad accentrare tutto in unico monoblocco provinciale si otterranno migliori risultati? E' documentato da numerose ricerche che un ospedale con più di 400 posti letto non mostra alcun vantaggio economico rispetto a due di 250 posti letto. E allo stesso tempo peggiorano le dinamiche di relazione e di umanizzazione del servizio. Non esiste una relazione univoca tra il numero degli ospedali e la spesa sanitaria di una provincia. Ci sono esempi di impostazione policentrica nella vicina Romagna, che tra l'altro recepisce gran parte della mobilità passiva di Pesaro Urbino. Ci sono ospedali importanti geograficamente vicini che hanno investito in un unico laboratorio centralizzato, mantenendo però tutte le strutture e diversificando le offerte di alta specialità.

Questa era la strada da intraprendere, ma che voi avete intrapreso per la sola provincia di Ancona, dove mi pare che di chiusura di ospedali non si parli.

Il buco nero della spesa sanitaria non viene dai piccoli ospedali, bensì dalla mobilità passiva, dalla spesa farmaceutica, dai costi fissi di una elefantica burocratizzazione del servizio sanitario regionale, che mantiene uno dei più alti tassi di amministrativi (22 ogni mille abitanti, laddove in Lombardia ve ne sono invece 10).

Cosa ne facciamo di questo piano sanitario regionale! Un piano che ha un unico dato chiaro, l'adeguamento dei posti letto al patto della salute nazionale.

L'Assessore Mezzolani ha una bella faccia tosta...

Vado all'ultimo punto, Presidente. Dicevo che ci vuole una bella faccia tosta, come appunto ha fatto l'Assessore Mezzolani che durante varie conferenze stampa di presentazione del piano sanitario ha dichiarato che il taglio dei posti letto sarà indolore. Quando questo taglio riguarda in particolare, con numeri notevoli, proprio l'Area vasta n 1, quella di Pesare e Urbino. Ridurre da 800 a 450 posti letto, che sono quelli che attualmente sommano le zone di Fano e Pesaro, è quasi un dimezzamento...(...)

Questo taglio dei posti letto sarà forse indolore per la provincia di Ancona, ma non certamente per la provincia di Pesaro Urbino. Noi non ci accontentiamo del 2,7, quando il 4 per mille è quello imposto dal patto della salute. Ancona ha il 5,1. Forse neppure a Fermo si accontentano del 2,4 quando Ascoli ha il 4,7 e Macerata il 3,9.

Ecco, le disuguaglianze sono notevoli, penalizzanti ed ingiuste. Quindi chiediamo che ci sia equilibrio nella distribuzione dei posti letto, in quanto, ripeto, la provincia di Pesaro Urbino è fortemente penalizzata, ed essendo peraltro la provincia con più mobilità passiva questo sarà un ulteriore esborso per le tasche dei nostri cittadini.

**Erminio MARINELLI.** Con la sanità non si scherza! Con la sanità non si possono fare i Masaniello di turno, perché magari conviene spalleggiare una causa o un'altra. La sanità parla di salute, parla del bene più prezioso che abbiamo. E quindi per la salute devono essere messe in atto una serie di strategie, di interventi, di piani intelligenti tali da renderli attuabili da sud a nord e da est e a ovest.

Di sanità si parla costantemente, se ne parla sempre e comunque, quindi anche la sanità deve fare la sua parte affinché si possa ridurre il deficit che abbiamo, tenendo conto della sua incidenza percentuale sul bilancio regionale.

Io ho ascoltato volentieri gli interventi che ci sono stati, come lo farò anche per quelli che si devono ancora svolgere, perché credo che solo così la parte politica potrà crescere e quindi dare un contributo, altrimenti diventa difficile, sarebbe inutile anche parlare. Io voglio capire il grande sforzo fatto dall'amministrazione regionale nel proporre questo piano, nel cercare cioè di proporre un qualcosa di migliorativo. In questo senso sono tra l'altro avvantaggiato da 35 anni di attività di medico nel territorio.

Nel 2011 ci sono stati una serie di interventi con provvedimenti notevoli sulla sanità: la delibera n. 17, la razionalizzazione del sistema sanitario sul personale, la farmaceutica, l'intervento, prima dell'estate, sulla riduzione delle zone territoriali, le aree vaste da 13 a 5, e ora il piano socio-sanitario.

Il piano socio-sanitario è partito sin dal luglio 2010. Ha impiegato molto tempo ad approdare in Aula in quanto sono intervenute una serie di situazioni, economiche, nazionali. Alcune delle quali, per fortuna, sono state stoppate da esponenti della maggioranza, mi riferisco ad esempio all'area vasta di montagna che doveva vedere la sua luce.

Ecco, questo piano io lo definisco un po' come la tela di Penelope, si fa, si disfa. Doveva essere discusso in Aula nel luglio 2011, ma poi non si è fatto perché è stata portata in discussione la riduzione delle Aree vaste, per cui quel piano era già superato perché, appunto, si erano create le 6 aree vaste mentre lì si parlava di un'area di montagna.

E' dunque un piano socio-sanitario che è stato motivo di scontro col territorio, ma

non poteva essere diversamente, e motivo di grossi attriti anche nella maggioranza, che pertanto ha portato a una discussione, a una pletora di interventi dovuti - il Presidente Comi prima ha parlato di 800 soggetti auditi -. Ma alla fine è anche un piano ove io non vedo l'anima.

Che cosa intendo dire? Io non voglio offendere l'Assessore Mezzolani, con il quale ci siamo confrontati a Civitanova Marche, non metto in dubbio il grande sforzo fatto dall'Assessore, dal Presidente Comi, dai suoi collaboratori, dal dott. Ruta, dico solamente che siete stati molto intelligenti nel proporre un piano molto corposo, ricco di parole, ma in cui non si dice nulla. Nulla! Ove non si ha il coraggio di dire "chiudiamo Pergola e apriamo qui, l'ospedale di Treia lo riconvertiamo", ecc. ecc. Non c'è nessuna capacità o forza politica nell'intervenire. Ma perché? Perché altrimenti si perdono i consensi! Insomma, si dice tutto e il contrario di tutto. Si dice che bisogna ridurre la mobilità passiva. Ma in che modo? In quali termini? Qual è la strada da percorrere? Che cosa si pensa di fare?

E' chiaro che la maggioranza e la Giunta non hanno la bacchetta magica, quindi ci possono essere anche degli errori o delle situazioni che devono essere riviste. Peraltro oggi la sanità è completamente diversa rispetto a dieci anni fa. Certamente dieci anni fa non si poteva pensare che l'età media si sarebbe allungata fino a 82 anni. E l'età media si allunga perché? Perché certamente ci sono stati interventi seri sulla sanità, di prevenzione, di ascolto, di attenzione del territorio.

Il Presidente Comi, però, prima parla e poi va via, e questo a me dà fastidio tremendamente, un Presidente che ha avuto un onore del genere deve stare qui seduto e ascoltare anche magari chi dice baggianate, ma io penso di non dirle. Ecco, lo dico perché egli ha parlato in modo molto supponente, come un professore che sta in cattedra che parla ai suoi allievi, ma forse in questo lato il professore può essere anche qualcuno che sta parlando! Consigliere Ricci, io questa cosa la voglio veramente rimarcare, perché non è giusto. Capisco che sia un argomento difficile, ma ci si ascolta, si interviene, ci si scontra dialetticamente, in maniera democratica ci si confronta tutti. Io credo che gli intelligenti non stanno da una parte e i cretini dall'altra!

Fatte queste considerazioni, vado al piano. Il piano è scritto in maniera eccezionale, concordo pienamente sugli obiettivi, le strategie, le volontà, su come viene vista la sanità, la riduzione degli acuti, una maggiore attenzione sul cronico, le patologie degenerative, l'Alzheimer, ecc. E' in questo modo che si deve vedere, certo, però non si capisce minimamente dove si andrà ad intervenire e in che modo.

L'hanno detto anche i sindacati, che però alla fine hanno espresso un sì perché dopo il 30 aprile 2012 forse le cose saranno più chiare, ci saranno dei piani con i sindacati; teniamo peraltro conto che hanno ottenuto l'aumento del turnover dal 50% al 70%.

Viviamo un momento difficile, ci saranno 750 dipendenti che non potranno essere reinseriti, un 20% in meno delle dirigenze di primariato. Tutte situazioni che conosciamo e con le quali dobbiamo purtroppo convivere.

Appoggio appieno anche quei concetti che a suo tempo espresse l'Assessore Mezzolani, ossia di non fare polemiche e politica con la sanità. Non giova a nessuno, significherebbe solo portare in giro i nostri elettori e non andare

all'essenza delle cose.

Razionalizzare, riconvertire, integrare, concentrare, sono concetti che condivido, ma sui quali non riesco ancora a capacitarmi nella praticità degli interventi delle varie zone, delle zone da dove provengo, quelle del maceratese, ma anche di tutta la regione. Ad esempio non ho ben capito se è predominante il concetto di un centro ospedaliero diffuso o di un ospedale che aggrega in maniera centrale non solo le eccellenze ma tutto.

Nella maggioranza c'è stata discussione fra chi voleva spalmare sul territorio una serie di servizi e chi invece voleva centralizzare al massimo non le specialità ma determinati servizi.

Area montana. L'area montana è una cosa logica, da vedere, ma certamente non prevedere in maniera orizzontale, tenendo conto della lontananza di certe zone. Ma credo sia stata superata, è stata intelligentemente stoppata, non poteva essere diversamente. Seppure io la veda un pò come una luce psichedelica, ogni tanto appare e poi scompare di nuovo, in base alle necessità e in base a pruriti politici.

Nel piano in maniera precisa trovo scritto: "In coerenza con le disponibilità finanziarie, che saranno erogate dal Ministero attraverso gli accordi di programma, si procederà allo studio di fattibilità per la realizzazione delle nuove strutture ospedaliere, relative alle aree vaste territoriali 3, 5, area montana, nonché alla valutazione sulle modalità istitutive dell'azienda ospedali riuniti Marche Sud". In una situazione del genere, con gli stralci già impegnati, non so come sarà possibile realizzare questi studi di fattibilità.

E' per questo che ho qualche preoccupazione, ma ce l'abbiano tutti.

Il dott. Ruta a Civitanova ha detto che l'obiettivo di questo piano è di arrivare a cinque aree vaste dotate di pari dignità, equità di accesso ed equità di servizi. Mentre l'Assessore Giannini ha detto che dobbiamo evitare di soddisfare i nostri egocentrismi e pensare alla sanità in maniera più intelligente. Tutti concetti che condivido e che mi impegnerò nel cercare di realizzare. Però, dott. Ruta, mi permetta di fare una considerazione. Pensate veramente che ci sia equità di accesso e di servizi fra nord e sud? Non pensate che questi servizi diminuiscono di quantità e di qualità scendendo dal nord al sud o verso l'entroterra?

Certamente ci vorranno tanti piani sanitari per portare a un equilibrio, a quel giusto l'equilibrio ove nessuno consideri che la malattia...

L'equità deve esserci, non può essere diversamente, quindi il piano deve provvedere in maniera chiara.

Il primo stralcio è stato stipulato il 18 marzo 2009 per 111 milioni, dei quali 91 dati dal Governo e 20 dalla Regione., il secondo stralcio è di 211 milioni, per un totale di 322 milioni. Ecco, di questi 322 milioni solo il 6% nell'area vasta 3 di Macerata. Molto probabilmente ci saranno studi di fattibilità per altri ospedali, ma questi sono numeri già certificati in cui non si vede equità di accesso e di servizi.

Per cui c'è preoccupazione delle varie zone, non può essere diversamente, soprattutto in quelle zone dove è presente una struttura che nei servizi funziona in maniera adeguata.

E' chiaro che le eccellenze devono stare in determinati ospedali, ma è anche chiaro che questi servizi devono essere erogati tenendo conto del passato, di come sono stati erogati, e di come è servita una zona. Se uno deve fare un determinato servizio ma la viabilità è scarsa e scadente, ecco, bisogna vedere

anche la situazione economica.

Ho da dire tante altre cose, ma non posso non sottolineare che la favola del nuovo ospedale di Macerata credo dobbiamo dimenticarla. Non è possibile. Se già gli ospedali del secondo stralcio hanno difficoltà, pensare di fare una nuova struttura non è possibile.

Brevissime considerazioni su Civitanova Marche. Civitanova Marche è stritolata tra il nuovo ospedale di Ancona Sud, le cui gare sono in appalto, e l'ospedale di Fermo che sorgerà a 15 chilometri. È stato presentato un progetto, ne abbiamo parlato anche in Consiglio. La Regione vede Civitanova come il polo della emergenza. Bene, non portiamoci in giro! Perché se il polo dell'emergenza significa mantenere questi spazi con queste specialità significa creare delle aspettative fasulle e far rischiare la pelle alle persone. Creare un polo di emergenza significa, invece, rivedere il piano che si sta realizzando a Civitanova, tenendo conto che è un comprensorio di 400 mila abitanti fra la provincia di Macerata e quella di Fermo. Lasciare le emergenze di neurochirurgia e cardiocirurgia, che rappresentano meno del 5% in Ancona, ed investire in neurologia, chirurgia vascolare e chirurgia maxillofacciale.

Termino con un augurio, ovvero che quanto detto a livello di incontri o meno possa vedere la sua realizzazione, che quanto detto dall'Assessore Mezzolani a Civitanova, sulla collegialità, il confronto, evitare di dare sempre la colpa agli enti superiori, di fare squadra, della volontà di parlare nella Commissione competente, di farci partecipi, venga attuato. Perché la sanità è in continua evoluzione, è un settore dinamico, la sanità non ha colore politico, è bensì dell'intelligenza di tutte le forze politiche.

**Giovanni ZINNI.** Parto dall'intervento del collega Marinelli, tecnico del settore.

Penso che questo piano sanitario non sia un vero e proprio documento di programmazione. Il che per certi aspetti non mi dispiace nemmeno. Io non sono amante di documenti vincolanti da qui all'eternità, essi rischiano di essere ideologici, non pratici e amministrativi. Però un conto è garantire elasticità, altro conto è fare un documento politico di annunci.

Questo piano sanitario, infatti, da un lato non svela le carte più tecniche delle questioni, anzi, spesso diventa un piano per messaggi subliminali che capiscono solo gli operatori che ci hanno lavorato, dall'altra si dice che prende atto di scelte determinanti fatte precedentemente, e dall'altra ancora si dice non si sa dove andremo a parare.

Il Consigliere Comi ha lanciato una sfida, ha detto che non dobbiamo essere di basso profilo, oggi ha fatto un po' il maestrino della vicenda. Ecco, io sull'argomento non sono molto tecnico, come il collega Marinelli, però ora farò una serie di esempi che dimostrano che lacune, voglia di non chiarire o voglia di aspettare altri provvedimenti, in questo piano ci sono su alcuni argomenti. Intanto liste di attesa sono un problema centrale. Fino ad oggi ho sentito parlare spesso di sanità in termini di virtuosità, di tabelle, di conti, di aspetti ragioneristici collegati ai parametri, giustamente, ministeriali, che manager come Ruta devono rispettare, però poi quando si parla di politica, certo, è vero che non bisogna essere dei demagoghi, ma non bisogna essere nemmeno a settici e glaciali di fronte alle esigenze dei cittadini, esigenze che sono sentite anche in maniera pesante.

E le liste di attesa sono un problema. Questa Assemblea legislativa non può far finta che non esiste. Non possiamo ridurre il tutto dicendo che il problema è dei medici, dell'intramenia o extramenia, e che deve decidere il Parlamento. No, non è vero! A livello locale si possono fare delle cose.

Primo, possiamo cercare di portare a 12 ore l'utilizzo delle alte tecnologie per la diagnostica, coordinando aziende ospedaliere e Asur territoriali, spremendo i macchinari in maniera tale da fare più prestazioni. Tanto già quei macchinari li paghiamo, usiamoli!

Secondo, possiamo prevedere un meccanismo trasparente e netto ove chi prenota una diagnostica al Cup e poi non ci va deve essere sanzionato. L'Italia dei furbi deve finire! Una persona che prenota e poi a quell'appuntamento non ci va toglie il posto a uno che ci andrebbe. Sicché dovremmo prevedere uno strumento flessibile. Dove, certo il cittadino che vuole disdire abbia anche facilità di farlo, non è possibile che se uno chiama il numero verde questo non risponde, poi chiama quell'altro numero e non c'è, manda una email e non c'è la ricevuta. Anche su questo bisogna essere franchi e trasparenti. Insomma, bisogna prevedere in questo piano uno strumento in cui il meccanismo delle disdette sia agevolato, in maniera tale che serva a poter comunicare al cittadino che quella diagnostica prenotata oggi non la fa nel 2014 ma magari 6-7-8 mesi prima. Affinché cioè le liste del data base siano verosimili.

C'è inoltre il problema di formare il personale del Cup. Qui si tratta di sanità, dunque ci vuole umanità, capacità. Trattare con i cittadini che hanno necessità sanitarie non è come fare lo sportello a Equitalia, alle poste, all'agenzia delle entrate o all'Inps. Pertanto anche su questo versante possiamo fare qualcosa. Poi va fatto un gruppo di lavoro tecnico interno che studi fino in fondo tutte le criticità delle liste di attesa.

Ma queste quattro cose, che sono possibili, Consigliere Comi, nel suo meraviglioso piano sanitario non ci sono. Ed è per questo che il sottoscritto, insieme ad altri colleghi... (...) Ho detto "suo" perché lui se lo fa proprio politicamente, io molto meno, me lo consenta! Ho presentato, dicevo, insieme ad altri colleghi, degli emendamenti, perché sono quattro azioni possibili.

Esempio di razionalizzazione. Sul coordinamento del 118 è ovvio che se noi mettiamo un dipartimento fra l'Assessorato e le Asur e le aziende ospedaliere risparmiamo e controlliamo. Se andiamo a spalmare la gestione del 118 sulle Asur territoriali per liberare le aziende ospedaliere e far fare l'anarchia è evidente che i costi aumentano. In questo piano si partiva giustamente da questo dipartimento ma non si sa il perché — ecco i messaggi subliminali - si è arrivati a tutt'altro schema.

Poi c'è l'esempio dei reparti. Nefrologia pediatrica. Il fondo sanitario nazionale ha tagliato i fondi della dialisi. Va dato atto all'Assessore Marcolini di aver rimesso la copertura nel bilancio. Però, vogliamo chiarire una cosa? Se uno ad esempio va, come abbiamo fatto io e il collega Natali, in visita al Salesi e vede in che condizioni è questo reparto, ebbene, capisce che così non va. Ci vuole un medico in più per la reperibilità, ci vuole una Oss in più, ci vuole un infermiere in più.

Dov'è allora tutta questa meravigliosa virtuosità! Dobbiamo essere chiari nelle scelte, altrimenti rischiamo di essere dei criminali! Perché quando una persona deve fare una dialisi di quelle urgenti – perdonatemi se non uso il termine tecnico,

ci sono vari tipi di dialisi –, perché nell'immediato con questa ha salva la vita, ecco, rischia di morire!

Allora decidiamoci, o ce l'abbiamo, e se ce l'abbiamo dobbiamo investire, oppure non ce la dobbiamo avere, sicché dobbiamo dire chiaramente al territorio che non siamo in grado di fare la nefrologia pediatrica, ma non perché ci sono degli incapaci, ma perché non ci sono le risorse e gli strumenti.

Stesso discorso vale per la psichiatria. In passato c'era la legge sulla salute mentale, il 5% della spesa sanitaria, e ora lo togliamo. Cioè passiamo da un dato certo a un dato incerto.

Consigliere Comi, ma come si fa ad autoincensare sul concetto di socio-sanitario, quando poi al reparto che più di tutti ha l'integrazione socio-sanitaria, ovvero la salute mentale, gli andiamo a togliere quel vincolo del 5% dei finanziamenti!

Questione del personale. Questo meccanismo delle scatole cinesi è veramente fastidioso. Fastidioso!

Stamattina abbiamo parlato della casta. Ebbene, io mi sono stufato sia di passare per uno della casta, sia del fatto che sotto il naso mi vengono fatte scelte di ogni tipo ove non si capisce il criterio.

Abbiamo fatto i concorsi per impiegati amministrativi dell'Asur, poi commissione d'inchiesta, lasciamo le graduatorie impiccate e poi liberamente continuiamo ad assumere con contratti co.co.pro all'interno delle strutture sanitarie. E'

vergognoso! Ver-go-gno-so! Abbiamo gente che ha vinto un concorso a tempo indeterminato, dai banchi dell'opposizione arrivò una critica e si disse "fate la commissione d'inchiesta", e va bene, ma una volta che la commissione d'inchiesta è fatta, e una volta che uno dice "lancio la sfida, siamo puliti", poi chi ha vinto un concorso deve entrare! Su questo non c'è da scherzare. Non siamo credibili!

Concludo con una nota, visto che qui ognuno ha fatto il suo intervento di carattere generale per poi fare l'ultimo passaggio su casa propria. Io sono stato eletto nel collegio della provincia di Ancona, quindi mi riferisco all'ospedale della zona sud, ossia di questa meravigliosa idea direi itinerante, ogni due anni cambia sito, prima era...(...) Certo che si fa, è il trasferimento dell'Inrca, ci stavo arrivando. Non ci sarà cioè nessun ospedale di rete della zona sud inteso come un ospedale al pari di Torrette per i servizi dei cittadini. Bisogna avere il coraggio politicamente di dire a tutti i Comuni della zona sud che quello non sarà l'ospedale che li stratutelerà. E' una operazione intelligente da un punto di vista ragioneristico a tutela dell'Inrca e via dicendo, ma da un punto di vista sanitario la verità è che tutti gli anconetani – io quando sento parlare di anconacentrismo ci rifletto, bisogna essere anche umili, va detto che in termini di potere politico abbiamo Fabriano, che appunto incide, è inutile dirlo, è un dato di fatto, anche su Ancona –, attenzione, devono usare l'ospedale regionale, che è l'ospedale di tutti. Molte altre realtà hanno i loro ospedali. Noi ad Ancona città abbiamo perso l'ospedale che avevamo, che è opera di razionalizzazione. E oggi non si possono chiedere i miracoli all'Inrca, che, giustamente, deve tenere la sua vocazione a difesa degli anziani.

Se dunque vogliamo uscire dagli ideologismi, Assessore Mezzolani, non ci porti più piani come questo. Glielo dico in franchezza, questo piano sanitario come atto è poco più delle mozioni dei Consiglieri. Usciamo da questo meccanismo di finta trasparenza. Usciamo da un meccanismo che ci porta a ridicolizzare il ruolo dei

Consiglieri regionali. Sinceramente preferisco, Assessore, che ci porti, quando ne avrà la situazione chiara in mano, delle leggi o degli atti amministrativi sui quali ci confronteremo.

Caro Comi, lei ha fatto decine di audizioni, ma noi oggi usciamo di qui con un documento politico. E in quelle audizioni chi c'è stato questo lo sa, e chi lo sa e gli sta bene è solo perché magari avrà benefici da quei messaggi subliminali, caro Comi, che solo lei, Mezzolani e pochi altri riuscite a deciptare. Io oggi alcune cose ancora non le ho capite.

**Francesco MASSI.** Sarò brevissimo perché i colleghi che sono intervenuti praticamente hanno già detto tutto. Dato che il mio intervento capita a metà del dibattito e prima degli emendamenti, chiedo di riflettere su alcuni argomenti, di cui parliamo da tempo ma che servono ad inquadrare anche la definizione ulteriore dell'iter di questo piano. Perché, come si è detto, qui siamo solo all'inizio. Primo punto. Cari colleghi, ve l'ho detto più volte, noi siamo qui a rappresentare quello che i cittadini pensano e dicono, sia quando si trovano a una patologia, a una disfunzione del sistema sanitario, sia, buon per loro, quando non hanno a che fare con il nostro sistema.

Quindi, cari colleghi la vostra sfida — che è anche nostra, ma principalmente è la vostra perché siete in maggioranza — dovrebbe essere questa. Ve la sentite di fare un passo indietro dall'ingerenza della politica nella sanità, nelle figure e nelle professioni sanitarie? Perché? Perché il cittadino percepisce, purtroppo, una forte pressione della politica, traduco, della maggioranza, traduco, del centro-sinistra, traduco ulteriormente, del PD, su quelle che sono le figure della nostra sanità. Ogni cittadino ha in testa che purtroppo il 70-80% dei primari spesso sono lì perché portati da qualcuno. E' brutto dirlo, ma se non ce lo diciamo qui, come dice qualcuno dei vostri, se non ora, quando?

Secondo, vicenda Cup. Assessore, penso che voi tutti avrete apprezzato il nostro equilibrio, non abbiamo fatto demagogia su una vicenda purtroppo devastante — devastante! - della nostra sanità e per la nostra popolazione. Lasciatemi dire, a parti invertite se lì ci fossimo stati noi voi avreste bloccato la ferrovia, l'autostrada, l'aeroporto, il porto di Ancona, magari avreste dato fuoco anche a qualche chiesa! Noi invece abbiamo mantenuto equilibrio. Però oggi vi chiediamo, altrettanto pacatamente ma con fermezza, a che punto siamo.

Cari amici e compagni, qui i cittadini continuano a chiamare, ma le prenotazioni sono ancora a un anno, un anno e mezzo. Com'è la situazione? Fateci sapere cosa sta succedendo. Io alzo le mani, perché se capito in una corsia o alla reception di un nostro ospedale vedo le stesse file di prima e la gente è disperata. Ecco, non lo so, mi vergogno proprio perché non so rispondere.

Diteci che cosa sta avvenendo. Quando la gente sa — qui abbiamo parlato dei tagli ai politici, per carità, vivaddio — che il project manager del Cup è previsto che prenda 520 mila euro di compenso, cioè tre volte quello che prende Napolitano, di che vogliamo parlare! (...) Chi è il project manager? Ah, io dico anche nomi e cognomi, l'ing. Leonelli.

Il pareggio della gestione della sanità. Sono stati venduti gli immobili e ci sono stati gli interventi una tantum dei governi, tutti, Prodi e Berlusconi; anche se a voi rimane ancora il complesso che non vi fa dormire a notte, quello di Berlusconi, che è l'unica cosa che tiene unita questa maggioranza, perché a livello nazionale il

centro-sinistra non c'è più, e Bucciarelli direbbe neanche la sinistra, però, ecco, qui vi tiene parzialmente uniti questo fantasma di Berlusconi. L'Assessore Marcolini poco fa parlava dei tagli di Berlusconi, ma poi voi siete andati in processione anche da Monti che non mi pare che per la sanità vi abbia regalato o restituito nulla. Però ora si sta zitti, tutti responsabili, benissimo, lo siamo anche noi. Voi dite che avete recuperato tutto lo squilibrio e il deficit di bilancio perché oggi c'è pareggio, perché ai primi del 2000 si è partiti da 200 milioni di debito all'anno. Bene, ma sapete di cosa mi preoccupa? Del fatto che oggi ci rivelate questo. Per dieci anni c'è stato D'Ambrosio, avete scritto che le consulenze miliardarie le ha date D'Ambrosio, e metà di voi che gestite oggi qua stavate con D'Ambrosio, compreso il Presidente Spacca. Ed io vi ho sempre detto che siete bravissimi a nascondere queste cose al popolo marchigiano, che poi candidamente ha votato per la continuità, come la chiamate voi. Ecco, quello che mi preoccupa è che se siete riusciti per dieci anni a nascondere - mettendo poi in soffitta D'Ambrosio dopo il suo mandato, facendo finta di non conoscerlo, tutte le colpe sono state le sue, dopo che il DS e il PD in questa regione lo ha utilizzato per la propria vittoria, perché era un giudice, un PM ecc. ecc., l'avete messo in soffitta facendolo responsabile di tutto lo spreco — oggi cosa ci potrà essere dietro l'angolo? Oggi comunicate ai cittadini che c'è il pareggio, che tutto va bene, quando invece c'è Trend Marche e Banca Italia che per la prima volta dicono "attenzione, nelle Marche la situazione economica non è come viene dipinta", ed io certo non me ne rallegro. Ma ne parleremo meglio lunedì.

Adesso però mi chiedo: cosa ci sarà dietro l'angolo? Per dieci anni avete detto: tutto bene, questo è l'Eldorado, qui non ci sono sprechi, è tutto efficiente. Dopo 16 anni di centro-sinistra dite che avete raggiunto il pareggio! Con le addizionali Irpef del 2001 avevate detto che bisognava recuperare il deficit, ma è perché qui voi stessi, con consulenze tutte politicizzate, tutte marcate, tutte tesserate, avete sprecato i soldi dei marchigiani. Ebbene, se riuscite ancora a nascondere oggi quello che noi non riusciamo a capire, non vorremmo che qualcuno che siederà qui al posto nostro fra dieci anni dovrà fare questo stesso mio discorso. Però vi è andata bene, no! In tutte le campagne elettorali avete potuto parlare di Berlusconi, senza così parlare degli sprechi che ci sono stati. Bravi! Siete eccezionali! Nella propaganda nessuno riuscirà mai a battervi! Io questo ve l'ho detto sempre.

Questo piano l'ho letto e vi devo dire che è un'ottima ricognizione della nostra situazione, scritta anche con professionalità, che disegna e delinea dei valori e degli obiettivi che condividiamo. Ma quando con i colleghi abbiamo detto, a cominciare dal collega Natali nella Commissione sanità, che è una cornice senza dipinto, ecco, ci dovete dare atto che purtroppo è così.

Eravate anche partiti bene, basta leggere quello che avevate dichiarato dopo l'estate: "metteremo mano al sistema per non sprecare, per razionalizzare". Uno può essere d'accordo o meno con la medicina, siamo qui con la massima responsabilità, anche quella amara, però vi accingevate comunque a una manovra strategica, che quindi apprezzavamo nel metodo. Poi chi è piombato sulla scena del piano sanitario? Mister Lenin Ucchielli! Il quale vi ha detto: "Cari compagni, fermi, volete mettere mano a un piano strategico? Ma scherzate! Diluiamolo nel tempo, non chiudiamo nulla, annunciamo e non facciamo". E bravo Ucchielli! Che forse ha imparato dalla parte peggiore della prima

Repubblica. (...) Anche! E chi ha mai detto che non è stata responsabile la Democrazia Cristiana! Io ho sempre detto che ci sono delle colpe ben precise. Però, Consigliere Bucciarelli, non sono quelle lì per cui la Democrazia Cristiana è stata liquidata dalla storia, non sono giuste quelle lì, seppure altre responsabilità ci sono sicuramente, e quindi non fuggo di fronte a quelle, ci mancherebbe. Il buon Uccchielli dice: "Ma ragazzi, quale fretta! Diluiamo. Scrivete un piano di intenzioni, ma non prendete nessun impegno, lasciatelo generico. Un ospedale, metà Rsa, un po' di chirurgia a breve, una medicina con la riabilitazione". Allora dico io: ma le cose vere quando le scriviamo! Al di là dei proclami che fa Uccchielli sul modello marchigiano, rispondendo a Baldassarri e dicendo una menzogna anche - diteglielo - su quello che riguarda la Quadrilatero;- Uccchielli sarà forse solo il segretario di una vallata di Pesaro, ma dovrebbe essere il segretario del PD di tutta la regione.

Quando le chiariamo queste cose!

Intanto, uno, il primo nostro emendamento dice di cambiare perché questo non è un piano, proponiamo di mettere "metodologia e studio propedeutico". Perché è fatto bene, ma non illudiamo che sia un piano.

Due, si ritorna in Aula per le scelte, Assessore. Proponetele e ne discuteremo. Vi promettiamo che non faremo alcuna demagogia; siamo qui insieme da un anno e mezzo, penso ci darete atto che non abbiamo mai fatto demagogia. Mai! Abbiamo detto all'Assessore Marcolini che acceleriamo le procedure di bilancio, siamo disponibili a un clima Monti. Ma voi siete in grado di farlo? Noi siamo disponibili a un clima di responsabilità tipo quello che regge il governo Monti. Però voi nella vostra autoreferenzialità e autosufficienza ve ne infischiate. Qui non si chiedono posti, non si chiedono coinvolgimenti in maggioranza, non ci interessa, noi abbiamo perso le elezioni e stiamo qui all'opposizione, però voi sulla responsabilità cercate di aprirvi. E quando vi diciamo che vi diamo tutta la responsabilità noi parliamo delle scelte, però qui delle scelte non se ne parla. Io sono un cittadino dell'entroterra, ma penso di poter rappresentare anche gli amici della costa, così come gli amici della costa rappresentano l'entroterra. Ecco, quando parliamo di entroterra scriviamo su questo piano che l'entroterra delle Marche non è solo la città di Fabriano. Ci abbiamo portato la seconda eliambulanza, ci abbiamo portato gli uffici dell'area vasta, ci avevamo portato il sistema di controllo di gestione. Per carità, tutto bene, però sia chiaro che il cittadino dell'entroterra è uguale da Acquasanta all'entroterra Pesarese, non c'è solo Fabriano.

Quindi fate un passo di coinvolgimento di responsabilità di tutta l'Assemblea legislativa. Mettete mano alle scelte come proposta vostra, che è certo una vostra prerogativa, che però deve essere vagliata dall'Aula. Altrimenti non ci prendiamo in giro dicendo che quest'Aula è l'assise sovrana, ecc., ecc.. E' il momento di discutere a tavolino e apertamente.

I sindacati, per carità, si sono frettolosamente appropinquati al sistema dal punto di vista numerico del personale facendo la loro parte. Gli avete garantito il rimpiazzo del turnover per una certa quota, benissimo. Avrà così riassicurato gran parte del personale, ma, come diceva il Consigliere Zinni, mi pare che i problemi rimangono.

Quindi, ecco, vorrei chiedere ai sindacati di essere, insieme a voi, un po' più propositivi anche sulla qualità, la sicurezza, l'eccellenza dei servizi della nostra

regione. Non è solo una questione di numero di personale, ma è anche distribuzione, organizzazione, rispetto dei territori. Io sono un iscritto di uno di quei tre sindacati che voi convocate, quindi il sollecito va anche al mio.

Vi prego, accogliete questo emendamento, assumete l'impegno di tornare in Aula. In cambio avrete il nostro impegno, la nostra promessa che non faremo demagogia neanche di fronte alle medicine più amare, che ci sono, ma che non possono essere propinate, Assessore, da un direttore, per quanto autorevole, dell'Asur, o da un direttore del servizio. Deve essere una scelta della politica, altrimenti qui non abbiamo legittimazione.

**Gianluca BUSILACCHI.** Cercherò di stare nei tempi, seppure il passaggio è importante e i temi da affrontare sarebbero molti. Siamo infatti di fronte al più importante atto di programmazione di questa legislatura, il piano socio-sanitario. E' opportuno intanto ricordare che è la prima volta che affrontiamo un piano che tiene insieme due aspetti che devono avere la stessa importanza; spesso parliamo solo di sanità quando invece è opportuno parlare anche di sociale.

Io non sono d'accordo su molte delle cose dette dal collega Massi. Consigliere Massi, lei qui ha un'anzianità sicuramente superiore alla mia, per cui sa bene che gli atti di programmazione devono contenere non delle scelte puntuali bensì delle chiare linee di indirizzo strategico, individuare con chiarezza le scelte strategiche per gli anni futuri.

E questo è quello che facciamo. E, come è stato ricordato, siamo una delle pochissime Regioni, forse l'unica, che farà questo atto di programmazione triennale. Un atto che dà tranquillità anche agli operatori. Sapere quali sono le linee di indirizzo per i prossimi tre anni crea anche una situazione di maggiore tranquillità per chi opera nel settore socio-sanitario.

Voglio ricordare che come V Commissione avevamo già votato questo atto a luglio, ma per il fatto che è stato ulteriormente procrastinato c'è un motivo. Io non voglio fare polemica politica, però gli ulteriori tagli al sistema sanitario con la manovra di agosto di 220 milioni per il triennio e l'irrigidimento di alcuni parametri – bisogna quindi dire la verità – hanno portato appunto alla revisione del piano. Ed oggi esce un piano, collega Massi, che è molto più preciso di quello di luglio. Visto che ci sono richieste di parametri più stringenti, ecco, oggi ci sono delle scelte ancora più stringenti.

In modo schematico toccherò tre questioni.

La prima questione riguarda il contesto economico finanziario. Se non situiamo questo piano non solo all'interno del quadro delle leggi di cui esso è declinazione, ma anche nel contesto economico finanziario in cui il sociale e il sanitario si trovano ad intervenire, non capiamo niente.

Nel 2000 la sanità regionale aveva un deficit di 158 milioni di euro. Voi che eravate qui in Aula ve lo ricorderete sicuramente. Eravamo al limite del commissariamento. Ma la coalizione di centro-sinistra ha messo in campo un'operazione importante che ci ha portato dal 2008 ad avere una situazione di avanzo.

La sanità fondamentale deve essere qualità e attenzione alla salute del cittadino, ma non possiamo prescindere dal dato finanziario. Le Regioni che prescindono dal dato economico finanziario oggi di queste cose non parlano, perché appunto sono commissariate. E quindi non parlano di fare investimenti, non parlano di fare quelle assunzioni che dite, non parlano di nuovi posti letto. Non

ne parlano perché non hanno la possibilità di farlo .

Noi invece abbiamo fatto un'operazione importante che oggi ci porta ad essere, insieme alla Lombardia, l'unica Regione, come ha ricordato il Presidente Comi, che si autofinanzia totalmente con la quota del fondo nazionale. Con una differenza, che mentre la Lombardia è la regione in cui è maggiore la quota del privato, da noi è invece maggiore la quota del pubblico. Altro che sanità privata! Il 93% della nostra sanità è pubblica. Una impostazione che vogliamo mantenere. E' quindi opportuno inserire gli assi del piano all'interno di questo contesto economico e finanziario.

Assi del piano. Noi stiamo adeguando la nostra offerta sociale e sanitaria ai bisogni della popolazione, sono infatti bisogni che stanno fortemente cambiando. Oggi nella nostra regione il 22% della popolazione è over 65, ma nel 2050 sarà oltre il 50%, di cui oltre il 10% di solito non è autosufficiente.

Questo aspetto, unitamente ad alcuni obblighi di legge, come lo spostamento dei posti letto dalle acuzie alla cronicità, è stato uno dei vincoli più importanti su cui il piano ha operato.

Con quali effetti? Intanto lo spostamento e l'adeguamento dei posti letto per gli acuti, che era del 3,6%, ha visto una costrizione per l'aumento dei posti di lungodegenza. Ma per cosa passa? Passa per alcuni aspetti che nel piano sono molto chiari. Il tema della riqualificazione dei poli sanitari è molto chiaro. Il tema del potenziamento degli ospedali di rete è molto chiaro. E io tra gli ospedali di rete, collega Zinni, ci metto anche l'ospedale a sud di Ancona. Non è affatto vero che nella zona sud di Ancona l'offerta sanitaria diminuirà, anzi, è esattamente il contrario, perché in quella zona un ospedale di rete forte e con tutte le specialità prima non c'era. Oggi invece ci sarà, il bando è stato fatto, la gara è stata appaltata, sicché presto vedremo la struttura dell'ospedale di rete Inrca che sorgerà nella zona di Camerano.

Questa operazione serve anche per sgravare Torrette dalle prestazioni inappropriate. Però attenzione a parlare di anconacentrismo. Vorrei ricordare che l'ospedale di Torrette è un ospedale regionale, che in modo inappropriato viene utilizzato come ospedale di rete dai cittadini di Ancona. Sono d'accordo, dobbiamo fare in modo che il nuovo ospedale di rete venga utilizzato dai cittadini di Ancona, ma non possiamo pensare che la spesa dell'azienda ospedaliera regionale di Torrette venga imputata esclusivamente al territorio di Ancona, perché lì ci si fanno alcune prestazioni di terzo livello che non solo sono per tutta la regione ma sono anche quelle prestazioni che ci consentono di recuperare la mobilità passiva.

Se quindi vogliamo continuare a recuperare quella mobilità dovremmo dotare sempre di più l'ospedale regionale di macchinari all'avanguardia sull'alta specialità, di personale adeguato sull'alta specialità. Senza dimenticare che stiamo anche di fronte – e su questo dovremmo aprire una riflessione – a un ospedale universitario.

Per cui va benissimo eliminare alcuni doppioni, va benissimo fare in modo che ci sia una rete di primo e di secondo livelli che sgravi Torrette, però, attenzione, perché lì si formano anche i futuri medici, per cui dobbiamo garantire anche dei posti letto per le cliniche. Altrimenti come potrebbero imparare a fare i dermatologi, i gastroenterologi e i radiologi?

E' dunque un dibattito complicato sul quale non possiamo fare facile demagogia.

E dico un'altra cosa. Qui ho sentito moltissime inesattezze, mi dispiace. Nell'ultima seduta la Commissione ha modificato quella cosa riguardo la rete dei 118, che è tornata ad essere com'era nella precedente versione che individua la centrale operativa del 118 nell'azienda ospedaliera.

Noi però dobbiamo costruire sui servizi una rete capillare su tutto il territorio. Con grande chiarezza abbiamo detto che l'area vasta è l'unità geografica fondamentale al cui interno saranno presenti dei dipartimenti specialistici, sarà presente una rete di questi famosi hub & spoke, cioè dei nodi di rete di tutta la specialità.

Ecco, dovremmo anche potenziare – purtroppo non vedo l'Assessore – anche la rete dei medici di medicina generale, inserirli all'interno di essa. E' evidente che molte richieste di prestazioni possono essere abbattute anche con un maggiore coinvolgimento dei medici di medicina generale, che quindi devono avere un maggiore ruolo di filtro.

L'inappropriatezza. E' vero che abbiamo il 30% dell'inappropriatezza in medicina e quindi vanno riadeguati i drg che sono a maggiore rischio di inappropriatezza, però la politica ha il compito di costruire un sistema efficace ed efficiente.

In questo piano, ci tengo a dirlo, è presente una maggiore centralità della politica, che io saluto con grande favore, che tutta la Commissione ha salutato con grande favore. Molte delle cose che prima non passavano per la Commissione, in Assemblea legislativa, ora grazie a questo piano ci passeranno. Noi non vogliamo più delibere, come la 240, che sono totalmente fuori dal controllo della rappresentanza che ha questa sede, che hanno le commissioni competenti. Perché questa sede e le commissioni competenti sono la rappresentanza che esprimono la concertazione con i territori, la concertazione con le rappresentanze sociali e con gli operatori.

Quindi, come è stato ricordato dal Presidente Comi, al tavolo interaziendale ci sarà una presenza ufficiale della Commissione. Tutti gli atti passeranno in Commissione. Una vittoria che è di tutta la Commissione.

Sociale. Con questo piano è stata ribadita la centralità dei servizi del sociale e la centralità del pubblico. E' opportuno ricordare che la centralità della famiglia va bene come soggetto destinatario delle politiche, ma è evidente che non va bene come soggetto erogatore delle politiche, anzi, dobbiamo sgravare la famiglia, in particolare le donne, di una serie di attività di cura, che oggi in Italia creano dei corti circuiti pericolosi.

Quindi va benissimo la centralità della famiglia come destinataria dei nostri servizi e delle politiche sociali, ma manteniamo una centralità del pubblico dei servizi presenti sul territorio e dei servizi domiciliari dal punto di vista del sociale.

Dobbiamo garantire — probabilmente lo faremo nei prossimi mesi -, in questa seppure difficile situazione di vincolo di bilancio, una crescente attenzione a tutti i soggetti svantaggiati, e lo faremo riadeguando anche il quadro normativo. Sono contento di annunciare – ma probabilmente lo dirà anche l'Assessore Comi, pardon, l'Assessore alle politiche sociali Marconi - che continueremo un lavoro importante e delicato anche per quanto riguarda la revisione delle politiche di contrasto alla povertà. E' del tutto evidente che rispetto ai tagli dobbiamo inventarci qualcosa di nuovo. Non dobbiamo fare in modo che la Regione diventi esclusivamente il soggetto che prende i tagli del nazionale e li ripartisce in modo orizzontale sui Comuni. L'abbiamo sempre criticato, quindi non dobbiamo essere i

protagonisti di una cosa del genere.

Inventiamoci nuove politiche universalistiche, politiche che magari accorpino alcune politiche esistenti. Stiamo facendo questo ragionamento. Qualche giorno fa ci siamo visti ad un tavolo con un gruppo di lavoro per una proposta sul reddito minimo garantito. Insomma, si sta facendo un lavoro molto serio. Io sono fiducioso che su questo tema andremo in Aula entro questa legislatura.

Concludo con un aspetto importante che riguarda il modello organizzativo.

Questo piano è stato inficiato proprio dal dibattito sul modello organizzativo.

Come ha detto il Presidente della Commissione Comi, è un piano che declina leggi esistenti, non le modifica. Noi diciamo no a revisioni del modello

organizzativo. Se vogliamo riaprire una revisione del modello organizzativo, se vogliamo riaprire un dibattito sulle aziende, non lo dobbiamo fare in questa sede, ma semmai in una ulteriore revisione della legge. Si chieda con chiarezza questo.

Io qui voglio essere molto chiaro. Dieci anni fa questa Regione ha fatto delle scelte. La scelta era tra un modello lombardo, il modello della produzione, un modello cioè basato su aziende ospedaliere, su concorrenza tra ospedali, un modello che porta a maggiori prestazioni, a maggiori interventi chirurgici, ma anche a maggiore inappropriatezza, e un modello che, invece, è quello della presa in cura, basato sulla centralità delle aziende sanitarie. Ecco, io sono per ribadire questo modello. Io in questa fase non sono per fare nuove aziende, lo dico con grande chiarezza. Ma se dobbiamo riaprire un dibattito per avere una maggiore equità territoriale non pensiamo che la scelta tra fare nuove aziende ospedaliere e fare nuove aziende sanitarie sia neutra. Io a quel punto sarò per fare nuove aziende sanitarie. Non è una scelta neutra!

Però, ripeto, non credo debba essere il dibattito di oggi, sarà eventualmente dibattito di una revisione di legge, che però non riguarda questa legislatura.

**Giulio NATALI.** Purtroppo quando uno parla dopo tanti Consiglieri perde il filo di quello che avrebbe voluto dire, perché gli interventi di tanti bene o male condizionano, ma forse è anche meglio.

Non condivido il Presidente Comi. Che non so se in futuro, in fieri, sarà Assessore con spostamento di qualcun altro a Presidente della Commissione! Ma queste sono cose che fanno parte di quello di cui parlava prima il Consigliere Zinni, che nell'esaminare questo piano ha detto che forse qualcuno sa tutto, qualcuno sa dove andremo a parare, tra un mese, due mesi, sei mesi, un anno. Ci sono delle cose subliminali. E noi che lo guardiamo da fuori facciamo delle critiche, anzi, direi osiamo fare delle critiche. Perché il Presidente Comi, non ancora Assessore, ci dice — o dice a me che gli sono amico - che chi non condivide la sua relazione ha solo annusato il piano senza leggerlo. Ecco, dire queste cose mi sembra un po' troppo. Caro Consigliere Busilacchi, lei ha detto delle cose molto giuste e ha preso anche delle posizioni. A noi piace quando c'è qualcuno che prende delle posizioni. Io contesto quello che diceva prima Francesco Massi, quando ha parlato di governo tecnico. Io purtroppo ho avuto sempre grandi problemi nell'assimilare il tecnico. Il tecnico fa il tecnico, mentre la politica fa la politica e si prende le responsabilità. E che la impopolarità la politica non sia in grado di assumerla perché la deve demandare a un tecnico significa che la politica è finita. Tanto per essere chiari. Però nei suoi discorsi, Consigliere Busilacchi, manca un aspetto. Questo piano socio-sanitario è vero che è stato approvato a luglio, dopo che a dicembre

dell'anno scorso avevamo approvato la modifica di una legge. E se non ricordo male dopo quella modifica dovevamo fare il piano socio-sanitario. Invece a luglio dell'anno scorso, improvvisamente, la crisi ancora non c'era (non era l'8 o il 10 agosto, era prima), con una fretta che qualcuno di voi ricorda, siamo poi arrivati qui in tre giorni a fare delle modifiche della modifica. E tutti abbiamo detto: "ma non dovevamo fare il piano sociosanitario?". Sembrava quasi che attendessimo la crisi!

E oggi arriviamo in una situazione nuova, ma che purtroppo è in itinere, non so se qualcuno di voi sa come andrà a finire, io non lo so. Io non so quali saranno i trasferimenti o meno, ossia se quelli che ti promettono oggi, sicuramente più veri perché li promette Monti rispetto a chi li prometteva prima, domani saranno confermati. Non lo sappiamo.

Ma questo non è un male. Perché questo piano – qui è la critica – è una teoria generale del diritto, è un qualche cosa su cui tutti possiamo trovare una cosa che ci va bene e una che non ci va bene, però è solo una grande cornice. Il Presidente dice che le leggi verranno dopo, e un grande successo è quello che lei, Consigliere Busilacchi, ha ribadito – ne sono convinto anch'io –, ovvero il far ripassare in Commissione, in Assemblea legislativa, cioè la politica ritorna a fare la politica.

Allora noi qui possiamo dire che questa Amministrazione di centro-sinistra si scorda, come ha detto il Consigliere Massi. Consigliere Busilacchi, lei ha fatto delle partenze dall'anno 2000, come se nell'anno 2000 Francesco Massi fosse stato Assessore alla sanità e qualcun altro Presidente della Regione! Nelle eredità il beneficio di inventario è una cosa diversa, o si accettano tutte o non se ne accetta nessuna, le eredità non è che le possiamo accettare in parte.

Ma al di là di questo, quello che viene fuori è un eterno stop and go. Questo piano sembra quella famosa pelle di quella famosa parte del corpo umano che uno la può estendere e la può accorciare.

Quando qui qualcuno sostiene la bontà della scelta dell'Asur e poi mano a mano viene fuori il problema dell'area vasta, ecco, è una chiara contraddizione. Noi siamo per l'area vasta con personalità giuridica, siamo per ridare l'autonomia ai territori. Voi invece ritenete che ridare l'autonomia ai territori e arrivare a dare la personalità giuridica all'area vasta significhi non controllare più la spesa.

Vede Assessore, il controllo della spesa avviene controllando chi la fa la spesa, e lo può fare benissimo lei come lo può fare benissimo il dott. Ruta. Non serve un terzo sistema, cioè quello che centralizza tutto altrimenti quei birichini della provincia di non so dove spendono e spandono al di fuori della norma.

Voi in questo modo buttate bambini e acqua sporca, quando invece va buttata solo l'acqua sporca, non altro. Anche perché questo sistema di controllo e di risparmi non mi sembra lo faccia con molta efficacia.

Ognuno può parlare di quello che accade nei nostri territori, ma il sistema dell'area vasta con personalità giuridica, almeno da questo punto di vista, riuscirebbe a far capire meglio al cittadino che è rappresentato da un sindaco, dai vari sindaci degli ambiti, come avviene, perché avvengono certe cose.

Invece tutto questo viene bypassato tranquillamente.

Qui c'è dietro la politica, come è chiaro che ci sia, ma non c'è la politica del fare, non c'è la politica, caro Busilacchi, della impopolarità della politica.

Io mi sono preso gli strali – saluto il sindaco di Pergola –, non voglio dire

ingiustificati, ma di chi mi ha detto che io non ho fatto una battaglia per gli ospedali minori in quinta Commissione. Io ritengo, al di là della peculiarità di ogni ospedale, perché chi ha determinate caratteristiche non può essere equiparato a chi non ha altre caratteristiche, che la politica debba fare le scelte impopolari. Se vi dico che un anestesista dell'ospedale di Ascoli Piceno che va a fare servizio ad Amandola costa 1.200 euro al giorno, voi che cosa mi dite. Ognuno di noi direbbe "assumete un anestesista", ed ognuno di voi risponderebbe "ma l'ospedale di Amandola va chiuso".

Il sostenere ancora che riconvertiamo, che siamo i più longevi per cui dall'acuto andremo al cronico, non è una risposta a quei territori, né a Pergola né a nessun altro. Dovete dire come garantire per dei territori la sopravvivenza, non dell'ospedale, del servizio. Servizi che soprattutto sono d'urgenza. Perché con le caratteristiche della nostra viabilità lo capite benissimo. Io parlo ancora di Amandola, faccio finta di non rendermi conto che Amandola finalmente è convolata anche nel servizio sanitario nella provincia che gli è più vicina, che gli è più propria. E se dovessi parlare con interesse di bottega, facendo a noi un grosso piacere. Non so quanto sono contenti i cittadini di Amandola, ma questo è un altro discorso, è sempre quel discorso di rispetto delle volontà del territorio. Ecco, si giostra tutto qui, Presidente Comi, in quello che avverrà dopo.

Allora il nostro territorio, il mio territorio è da luglio del 2009 che ha visto una proposta di delibera della Giunta regionale. Una proposta fatta prima da due Consiglieri, uno di maggioranza e uno di minoranza, poi dalla Giunta regionale, che non voglio dire sia uguale a quella di oggi, ma in larga parte è ben rappresentata dalle stesse persone.

Vogliamo sapere che cosa è cambiato. Non è cambiato nulla! La nostra situazione è solo peggiorata. Perché è peggiorata? Perché ancora oggi nel mio territorio, dott. Ruta e Assessore Mezzolani, si perpetrano gli sprechi, nonostante Dio Asur che controlla tutto e che ci fa risparmiare!

Il 13 dicembre scade, Presidente Bucciarelli, il conferimento di un incarico a tempo determinato di dirigente medico presso la sede distrettuale di San Benedetto del Tronto. Due anni, 57 mila euro all'anno. A che cosa serve? E' per la realizzazione di un progetto per la presa in carico di pazienti obesi. E chi è tecnico mi dice, l'obesità può essere trattata a livello di alimentazione, di psichiatria, di endocrinologia. Quindi sicuramente questo sarà un bando rivolto a qualche... (...) Non finisco qui, Consigliere Perazzoli, sarebbe troppo bello se finisse qui. Ci sarà sicuramente uno specialista dell'alimentazione, uno specialista della psichiatria e dell'endocrinologia. Invece tra i requisiti generali indovinate un po' chi è che deve prendere in carico i pazienti obesi? Requisiti specifici – Assessore Mezzolani, mi ascolti –: diploma di laurea in medicina e chirurgia, diploma di abilitazione all'esercizio della professione, poi — guardate un pò! - adeguata e provata esperienza nell'integrazione socio-sanitaria almeno quinquennale, oltre al possesso di esperienza specifica nel settore delle dipendenze patologiche o comunque di patologie psichiatriche e delle malattie correlate agli abusi. Questo è il vostro risparmiare!

Adesso vedremo chi sarà il beneficiario. Sarà un solito noto? Perché noi qui abbiamo dei figli che sono figli, figli figli, più figli dei figli! E ci venite a dire – non vedo più Busilacchi però vedo Comi – che qui stiamo risparmiando! Noi in Ascoli Piceno - non vedo l'Assessore Canzian — aspettiamo la pet mobile dall'aprile

2010. Stiamo aspettando tante cose e il dott. Ruta le sa.

Dott. Ruta, perché sopporta queste cose? Lo domando a lei per la stima che ho nei suoi confronti. Perché sopportate queste cose! Perché vi fate sputtanare in questo modo! E' vergognoso questo. I soliti noti, i soliti amici, poi qui ci si viene a raccontare ecc. ecc..

Allora, Comi, non dica che chi non condivide annusa. Qui noi purtroppo non annusiamo neanche! Le persone che annusano sono ben altre, annusano e fanno altro – non dico qual è l'altro verbo, l'annusare contempla anche l'altro verbo –. Queste sono le realtà dei territori. Voi che ne sapete di questo, niente! Nonostante l'Asur non ne sapete niente, pensate un po'! Se non avevate l'Asur non so che succedeva!

In un territorio come il nostro, in cui sono state chiuse le sale operatorie, a San Benedetto del Tronto dove succede quello che succede, hanno bisogno di qualcuno che tratta gli obesi! E' una realtà per la quale gli specialisti in psichiatria, in alimentazione e in endocrinologia ci sono nell'ospedale. Allora, di che stiamo parlando!

Lei, Comi, fa un piano socio-sanitario e viene qui a narrarcelo, seppure, certo, apprezzo il suo sforzo, capisco tutte le tirate che ha avuto, ha una giacca che ormai le arriva ai piedi, le tasche sono sdrucite, e resiste ancora, ma poi i territori vedono queste cose, non vedono il piano socio-sanitario. Quel piano socio-sanitario che Palmiro Lenin Uccelli pensa di far fare in un certo modo, caro Comi, perché sai, nella fase successiva, magari con qualche altro personaggio – ne parlava Trenta ma non ne faceva il nome – fa la politica nelle Marche! Questa è la politica, però purtroppo è una politica bassa.

Noi qui siamo chiamati a rispondere – mi rivolgo ancora agli amici di Pergola –, perchè la politica purtroppo con il non fare scelte impopolari, con il non fare le scelte — e tutta la politica, ci mancherebbe altro che fosse un addebito soltanto a chi qui è maggioranza - ha fatto sì che oggi, la politica, appunto, sia nelle mani del tecnico. E io mi meraviglio dei tanti che vedo nel centro-sinistra, come dei tanti che vedo nel centro-destra, quelli che la politica l'hanno fatta, la fanno da trent'anni fa, magari sbagliando, ma ci hanno messo la faccia nel fare la politica, ma che oggi sono nelle mani di uno, neanche del tecnico Monti, ma di quel signore con le orecchie a sventola larghe così. Io la prima volta che l'ho visto nella sala parlamentare mi sono chiesto: "ma chi è quello?!". Poi vengo a sapere che tutto passava lì intorno!

E noi siamo così bravi che poi il centro-destra che governava, che non ha avuto il coraggio di fare certe cose, oggi le fa fare a Monti. Mentre il centro-sinistra che era all'opposizione invece di chiedere, anzi, di pretendere le elezioni come avrebbe dovuto, è in mano a Monti.

Sapete qual è il risultato? Che questa presa di responsabilità, come qualcuno dice – per me la presa di responsabilità è un eufemismo, siamo responsabili. Scilipoti era responsabile, è vero, il Governo Berlusconi mica cade il 14 novembre, il Governo Berlusconi cade il 15 dicembre dell'anno scorso, quando il giorno dopo che ha preso la fiducia doveva andare a votare, chiedere le elezioni, invece si è messo in mano a Scilipoti e a qualche altro nome, ce ne sono tanti. Cose che fanno rabbrivire a chi politica la fa, a chi ci crede nella politica. Chi crede nella politica e vede uno Scilipoti, da qualunque parte sta, vomita. Lo dico qui davanti a tutti, ci mancherebbe altro che non possiamo neanche parlare di queste cose perché

qualcuno magari si offende. Pazienza, si offenderà! -

Ma questa politica - e lo dico a chi ha fatto le scelte trent'anni fa, a chi faceva politica trent'anni fa (non erano tutti delinquenti, ci mancherebbe altro), a chi ci credeva e ci crede ancora nella politica - è il nostro fallimento. Poi tutto questo rimarrà in mano a chi strumentalmente - e la cosa bella è che avviene nelle due parti - si erge a paladino della politica. Quando sappiamo benissimo quanta strumentalizzazione c'è, per lo meno io lo vedo nella mia parte, quindi ne sono sicuro, certe scelte non si sono potute fare proprio per certi motivi e certe alleanze. Lasciamo quindi nelle mani degli altri non voglio dire il consenso popolare ma l'umore popolare.

Allora bisogna che anche qui in ogni momento si fa una presa di coscienza dei problemi che ci sono, senza pensare alle prossime alleanze o altro. Anche perché ormai nessuno è più in grado di dire con chi ci si allea. No! E qui forse il governo tecnico c'era già dall'inizio, qui ci sono stati degli antesignani di Monti. Qui è stato fatto un esperimento di governo tecnico. Lo potremo dire già per il 1995. Chi è nella Commissione Cemim, Presidente Bugaro, forse qualche dubbio gli può venire, ossia che il governo tecnico è stato fatto nel 1995. E poi era venuto il governo politico. Io ricordo appena venuto qui quanto incideva la sinistra, giustamente, per quello che valeva, perché rappresentava determinate cose e determinate cose non si facevano. O sbaglio, Consigliere Bucciarelli? Ognuno di noi era questo. Poi si è svaporata un po' la situazione. Siamo ritornati a un governo tecnico in cui la politica viene fatta in un certo modo.

Parliamo della sanità, che sono i problemi dei nostri figli, delle nostre mamme, dei nostri fratelli, di tutti, colpisce ognuno di noi, come di una grande architettura, ma senza sapere dove andremo a finire.

La razionalizzazione tra l'ospedale di Ascoli e l'ospedale di San Benedetto è logica, è obbligatoria, è dovuta, ma che c'entra questo rispetto a far gestire quel territorio, quegli ospedali, da qualcuno che preme un pulsantino qui! Digitiamo qui! E poi cambiano i direttori generali.

E poi che qui ci sia un governo tecnico mi sembra chiaro. Improvvisamente ci fu un riflesso della politica quando nel decidere le aree vaste se ne decisero cinque. Perché c'era un dato, le province. Per lo meno, cinque province, cinque aree vaste.

Poi il tecnicismo è tornato in alto. Non so se vi siete divertiti a leggere nel piano quante volte si parla di aree, certe volte con l'a maiuscola e certe volte con l'a minuscola. Abbiamo dovuto fare con il Servizio degli interventi proprio per correggere, per non far cadere in equivoco i Consiglieri regionali.

E la politica è stata superata dal tecnicismo nel momento in cui i direttori di aree vaste sono venuti fuori, per lo meno dalle parti nostre, in un certo modo. Sono venuti bravi, sono venuti non bravi, non lo sappiamo, sono venuti, forse, caro Comi, neanche più in nome della politica, ma in nome di altro. E' stata una restituzione ad integrum rispetto alla mancanza della sesta area vasta. Non c'è stata la sesta area vasta, che ancora viene solo ventilata, ma c'è stato altro.

Allora viva la politica vera. E a chi la politica vera piace, ecco, piace discutere del problema, del dipinto, gli piace discutere di com'è il quadro di Picasso, non certo della cornice.

Quindi annuncio già adesso, per non farvi perdere tempo dopo, il voto contrario a questo piano socio-sanitario.

**Raffaele BUCCIARELLI.** Colleghi Consiglieri, io ho ascoltato con grande attenzione, credo come voi, la relazione del Presidente della Commissione Comi. Ed ho letto più volte il piano. Come pure ho partecipato, pur non facendone parte, alle riunioni della Commissione. Ebbene, noi Comunisti siamo molto preoccupati e contrari a questo provvedimento.

Intanto è perchè abbiamo l'impressione netta che sia un provvedimento con il quale il Governo regionale chiede una delega se non in bianco in grigio molto sbiadito all'Assemblea legislativa.

Secondo è perchè questo provvedimento importantissimo ha avuto un percorso che potrei definire del gambero, cioè a rovescio. Ed è una cosa alla quale questo Governo regionale, questa maggioranza, ormai ci sta abituando, prima si approvano le leggi di dettaglio e poi i provvedimenti organici, quanto invece dovrebbe essere il contrario. Ad esempio, se dobbiamo andare in Croazia e vogliamo andarci nel minor tempo possibile dobbiamo sicuramente prendere l'aereo, se vogliamo attraversare il mare prendiamo la nave, se vogliamo vedere il paesaggio facciamo il giro con l'auto.

Qui invece prima si compra lo strumento e poi si dice "noi faremo perché voi ci darete la delega". Questo è! Quindi siamo preoccupati.

Siamo preoccupati anche perché questo piano, che di per sé dovrebbe definire obiettivi, tempi, modalità e risorse, con, non dico la massima precisione (chi lo faceva nei piani quinquennali abbiamo visto che poi sono esplosi sul piano economico), ma almeno con un'approssimazione credibile, di fatto non prevede niente, è solo un elenco di obiettivi, di criticità, ragionato ed elaborato sulla base di tendenze evolutive. Io ho apprezzato molto l'entusiasmo con cui il dott. Ruta ci illustrava la medicina molecolare e quella del prossimo ventennio. E' interessante, è bello, ma come arrivarci? Quando? Attraverso quali provvedimenti? Non è dato saperlo!

Gli investimenti previsti rispondono ad una situazione economica e finanziaria che conosciamo tutti, quindi, chi sarebbe in grado di prendere impegni precisi sui futuri investimenti? Nessuno! Infatti sappiamo bene che al prossimo bisogno di una futura manovra tutto diventerà evanescente.

E allora è comprensibile che c'è grande preoccupazione. E, guardate, non solo da parte dei Comunisti. La preoccupazione vedo che c'è da parte anche di tanti altri Consiglieri regionali di maggioranza. Tanto è vero, se è vero, che ci sono dei Consiglieri che hanno presentato emendamenti a tutela dei territori che temono di essere depauperati dei servizi. Se ci sono dei Consiglieri di maggioranza autorevoli che hanno presentato degli emendamenti a tutela del proprio territorio, se ci sono sindaci che ci hanno telefonato, scritto, implorandoci di intervenire per non svuotare dei servizi nei loro territori, ecco allora che la preoccupazione non è solo nostra.

Io non amo il populismo né amo andare dietro ai momenti, alle mode, però credo che un provvedimento più condiviso con il territorio avrebbe avuto bisogno di un altro percorso e allora qui sarebbe stato accolto in modo diverso.

Ma ciò non è avvenuto. Questa che approviamo oggi è la quinta o la sesta edizione del piano. Un piano modificato non dalla Commissione ma dal Governo regionale. Ci sono stati motivi nazionali, però questo è.

Noi già nella passata maggioranza, nella passata legislatura, abbiamo fatto

proposte chiare. Siccome pensavamo di essere titolati a parlare, perché il raggiungimento del pareggio del bilancio annuale della sanità è stato raggiunto anche grazie allo sforzo dei Comunisti che erano in maggioranza e al governo, avevamo chiesto delle priorità, che vi elenco, priorità che restano tali anche oggi

Proponevamo l'abolizione dell'Asur, uno strumento oggi del tutto inutile, serve solo per centralizzare il famoso pulsantino, con cui si fa in modo che magari un bambino dislessico nel comune di San Benedetto non ha assistenza, però poi l'amico dell'Assessore accoglie gli obesi. E' così che avviene!

Sono state istituite ad agosto cinque aree vaste che hanno meno potere di quello che avevano le zone, quindi scatole pressoché vuote. Istituite anche ai fini della programmazione. Perché nel momento in cui la programmazione verrà realizzata e i direttori delle aree vaste si troveranno al confronto dei direttori delle aziende ospedaliere, ecco, i primi non potranno dire niente, non avranno un potere reale, che invece avrà chi dirige le aziende ospedaliere. Aziende ospedaliere che drenano fondi ai territori, li impoveriscono. E i sindaci questo l'hanno capito, ecco perché sono preoccupati.

Proponevamo l'abolizione dell'Ars, le cui funzioni, Presidente Comi, potevano essere esercitate dall'Assemblea legislativa regionale attraverso le Commissioni. Inoltre la coincidenza degli ambiti di gestione sociali con le zone sanitarie. Pertanto una nostra idea ce l'avevamo.

Questo provvedimento, ripeto, impoverisce i territori, accentra sulle aziende ospedaliere fondi e risorse, cosicché sul territorio non rimarrà più niente.

E questo, guardate, non è un processo a divenire, non è fare l'uccello del malaugurio, sono cose che già stanno avvenendo. Non è un caso che di tutto si parla, ma poi della zona della montagna, la zona più povera, cosa si fa? Cosa si propone? Solo uno studio a divenire.

Sulla programmazione c'è confusione, non c'è chiarezza. C'è un budget predefinito, dopodiché, come dicevo prima, le aziende ospedaliere faranno il loro programma, che sarà determinante e condizionante in maniera assoluta di quello delle aree vaste, e ci saranno i soliti tagli economici. E chi è il primo che propone una programmazione e l'ultimo che la approva definitivamente?

Sul piano sociale prendiamo atto con piacere che è la prima volta, questo è vero, che si parla anche del piano sociale, ma comunque ci troviamo di fronte a una regressione culturale e sociale che veramente ci preoccupa tanto.

Ho apprezzato molto, come dire, l'esercizio di ginnastica mentale del Consigliere Busilacchi circa la famiglia, però, guardate, che quando parliamo di sanità e parliamo di sociale, parliamo di diritti universali alla persona. Ma che c'entra questo con il voucher alla famiglia naturale e con prole e che peraltro va contro leggi approvate da questa stessa Assemblea legislativa regionale! Noi siamo l'unica Regione in Italia ad avere una legge contro la discriminazione di genere. E questa non è una discriminazione?! Famiglia naturale e con prole. Che c'entra il diritto di un bambino ad essere seguito nella sua evoluzione o un bambino in difficoltà nelle scuole! A quel bambino che avrà difficoltà di apprendimento – che in base alla legge regionale sarà medicalizzato, sarà posta l'etichetta - dobbiamo dare un servizio significativo. Ecco, noi per risolvere i problemi del bambino con difficoltà di apprendimento o di un anziano che ha difficoltà di deambulazione, cosa diamo, un voucher alla famiglia!

Quando si parla di diritti dobbiamo stare molto attenti. E guardate che non parlo, ripeto, di cose che avverranno. Tutti noi sappiamo quanti assistenti sociali, quanti psicologi, quanti logopedisti sono andati in quiescenza dal servizio pubblico ed hanno aperto studi privati e lavorano in nero. E questo è perchè il pubblico non riesce, a causa dei tagli, a dare una risposta a quei bisogni.

Quando si perde il concetto di diritto e della sua affermazione si perdono di vista cose importantissime. Prima di tutto il lavoro. Ha ragione il Consigliere Zinni, ma come si fa ad espletare un concorso pubblico e poi anziché assumere i vincitori si assumono per chiamata o si assume su graduatorie che sappiamo come vengono realizzate! Non è solo una vergogna, grida vendetta!

Qual è il messaggio politico che diamo ai giovani se non quello di dire: guardate, se siete bravi, se chinate la testa, se fate un po' anche la campagna elettorale per me, allora vi assumo, altrimenti potete vincere anche fino a cento concorsi pubblici, ma non sarete mai assunti, perché c'è più convenienza a chiamare altri. E questo purtroppo non avviene solo per i concorsi, sta avvenendo anche per servizi indispensabili, servizi determinanti in certi settori e nella sanità pubblica marchigiana. Diversi servizi sono stati erogati grazie all'impegno di cooperative, con dipendenti che lavorano direttamente agli ordini di dirigenti regionali, ma poi si tagliano i fondi e vengono mandati a casa dopo quindici anni di lavoro.

Allora ai voglia nel bilancio di previsione del 2012 prevedere integrazioni per la cassa integrazione guadagni e a sostegno dell'occupazione, se poi i nostri indiretti li mandiamo a casa. Anche qui, quale esempio diamo!

Quale esempio diamo quando nelle Marche una donna non può esercitare un suo diritto, quello dell'interruzione volontaria della gravidanza, perché ormai gli obiettori sono il 98%. Viene più tutelato il diritto all'obiezione che non un diritto previsto dalla legge. Questa è la realtà. E come si interviene su questo? Non si è detto niente!

Non è un caso che negli ultimi tempi le donne a livello nazionale si siano così fortemente organizzate con la campagna "se non ora quando?".

Quando si tagliano i diritti, quando si minano i parametri che sono alla base di un'organizzazione sociale, i primi a pagare sono proprio le donne.

Ecco allora che non possiamo sostituire tutto questo con i voucher, non servono. Dobbiamo tutelare le leggi, farle rispettare. Dobbiamo rispondere ad esigenze, oggi, non forse domani. Dobbiamo avere presente che quando ragioniamo siamo consiglieri regionali, e quindi dobbiamo ragionare su tutto il territorio, dal mare Adriatico agli Appennini, dall'Abruzzo fino alla Romagna. Sapendo che ci sono zone più servite e zone più in difficoltà, cittadini privilegiati o meno svantaggiati e cittadini più svantaggiati.

Credo dunque che l'Assemblea legislativa debba sempre partire dalla parte più svantaggiata della popolazione. Se questo lo dimentichiamo, dimentichiamo anche il ruolo per cui siamo stati eletti.

**Enzo MARANGONI.** Sono state dette già moltissime cose, potrei anche correre il rischio di ripetermi, magari parlerò di quelle non ancora citate.

Per esempio molte cose che ha detto il Consigliere che mi ha preceduto le condivido, quelle limitatamente agli aspetti che criticano l'abbandono del territorio, cioè il fatto che molti territori, molte zone della nostra regione, in particolare quelle della collina e della montagna, vedranno ridursi drasticamente

gli attuali servizi ospedalieri. Seppure non sia d'accordo sulla forma con cui sono state dette, per tre volte ho sentito dire "noi comunisti". Io sarò ipersensibile, ma tutte le volte in questa Assemblea legislativa sento dire "noi comunisti", ecco, a me fa lo stesso effetto che se sentissi dire "noi nazisti". Sarò sensibile su queste cose, probabilmente ho un nervo scoperto, comunque mi fa lo stesso effetto. Peraltro ricordo a tutti che nella storia i morti dei nazisti sono stati addirittura minori di quelli causati dai comunisti. E i comunisti continuano ad uccidere mentre i nazisti per fortuna non ci sono più. Ma questo è solo un fatto di forma.

Andiamo alla sostanza. Intanto faccio i complimenti al relatore di maggioranza. Per che cosa? Per la tempestività con cui esce questo piano! Nei documenti stessi c'è scritto: precedente denominazione "Piano socio-sanitario 2010-2012", poi in maniera formale l'abbiamo trasformato in "Piano socio-sanitario 2012-2014". Quindi con due anni di ritardo. Faccio i miei complimenti per la tempestività! Che naturalmente è un eufemismo.

Questo piano è vuoto, è una cambiale in bianco. La verità è proprio questa, ossia che è una cambiale in bianco per la Giunta affinché possa fare quello che vuole. Allora, relatore di maggioranza, non c'è da autocelebrarsi quando dice che siamo l'unica Regione a farlo. Non c'è da vantarsi. Questa è infatti l'unica Regione che dà una cambiale in bianco alla propria Giunta. Questa è la verità! Semmai c'è da preoccuparsi, da vergognarsi, non citarlo a titolo di esempio. Si fa un atto utile soltanto a dare una cambiale in bianco alla Giunta affinché provveda in seguito a chiudere gli ospedali nel territorio. La verità è questa, allora, diciamola!

Onestamente sono anche un po' offeso, così come penso lo siano tutti i Consiglieri, dalle affermazioni che ho sentito fare questa mattina sempre dal relatore di maggioranza. Cito testualmente: "Non è un piano vago, non è un piano generico, questa è l'impressione di chi non ha letto il piano ma l'ha solo annusato". Non va bene! Quello di dare per scontato che i Consiglieri non abbiano letto il piano ritengo sia un modo di comportarsi scorretto.

Su 127 emendamenti totali io ne ho presentati 51, quindi il piano l'ho studiato, rigirato e quant'altro. E come me penso abbiano fatto tutti i Consiglieri, anche chi non ha presentato emendamenti. Quindi i colleghi non vanno trattati in questo modo, perché o l'hanno letto personalmente oppure l'hanno fatto leggere a persone esperte di loro fiducia. E nonostante io abbia presentato il 40% degli emendamenti totali non chiederò l'aumento delle indennità del 40%, visto che poco fa l'abbiamo ridotta!

Abbiamo parlato di equità, o meglio, il solo che ha parlato in maniera esplicita di equità è stato proprio il relatore di maggioranza. Ma di quale equità stiamo parlando! Dove sta l'equità! Se le risorse vanno al 70% ad Ancona o ai grandi ospedali, dove sta l'equità! Semmai è il contrario dell'equità. Questo piano privilegia Ancona e i grandi ospedali. E' un piano anconacentrico, è iniquo, non equo.

Sono fortemente penalizzati, e lo saranno, lo vedremo a breve, i territori decentrati, le comunità locali, che vedranno drasticamente ridotti i servizi sanitari del territorio, in particolare gli ospedali per acuti.

Senza considerare, invece, che la vera ricchezza di questa regione è proprio il territorio, la nostra è una regione articolata in valli, in comunità montane, in territori dell'entroterra, che andrebbero in qualche modo tutelati.

Ho sentito anche dire che la nostra regione è la più pubblica d'Italia, cioè avrebbe – uso il condizionale – il 93% di pubblico nella sanità, quindi il privato sarebbe solo il 7%. (a parte il fatto che poche settimane fa lo stesso relatore quando abbiamo approvato le aree vaste ha parlato dell'8%, ma cambia poco). Ma in realtà così non è.

In quella precedente occasione già chiesi al relatore di maggioranza - che vedo mi sta ascoltando con grande interesse! - quale fosse la percentuale disaggregata per provincia. Perché a mio avviso nella provincia che conosco meglio, quella maceratese, siamo ben oltre l'8%. Ho sentito dire il 20% nell'ascolano. Ho sentito parlare di inciuci al riguardo. Bene. E nel maceratese? Un territorio dove a Civitanova abbiamo importanti strutture ospedaliere, per non parlare del Santo Stefano e della sua struttura in tutta la regione; ne ha parlato abbondantemente, citando dati, cifre e quant'altro, il relatore di minoranza. Ma anche altre zone, per esempio, Montefeltro Salute nell'alto pesarese e così via. Quindi vorremo capire un po' meglio i giochi che ci sono sotto la sanità privata. A me queste percentuali che date, 7-8%, non mi convincono. E per controllarle vorrei avere dati disaggregati.

Invece apprezzo moltissimo una frase che ho sentito dire sempre dal relatore di maggioranza, me la sono scritta perché mi ha colpito, qui gli faccio i complimenti. Ha detto: "questo non è un mondo di uguali ma è un mondo di diversi". Per me che sono un liberale, un liberista e anche un libertario – spero di non essere un libertino! – è una cosa fantastica. Detta da lei per la sua origine ideologica mi sorprende. (...) Questa frase è un traguardo notevole per la sua provenienza ideologica.

E questo dovrebbe dire che se siamo in un mondo di diversi e non in un mondo di uguali, come i comunisti hanno sempre detto, beh, allora dovremmo riconoscere le specificità locali, le orografie del territorio, i contesti territoriali, le specializzazioni, non quindi massificare tutto in un ospedale per provincia, cosa che farete a breve; non so quando costruirete gli ospedali, forse ci vorrà qualche decennio, ma intanto ammazzate il territorio, specialmente la collina, l'entroterra e la montagna.

Vorrei anche ricordare i circa 20 mila dipendenti – un po' di meno ma arrotondo le cifre per chiarezza – della sanità privata, di cui quasi 1.000 sono dirigenti, e molti non sono medici, sono dirigenti amministrativi. E questo non è un dato che parametrato alle altre regioni fa sì che le Marche eccellano nella sanità, in Italia è uno dei dati peggiori, medio bassi, ove la Marche non brillano certo.

Inoltre vorrei ricordare gli oltre 300 mila euro lordi l'anno - anche di più in certi casi, è stato ricordato prima – di stipendi dei mega dirigenti della sanità. Dirigenti che a luglio avevamo più che dimezzato sulla base di un mio emendamento approvato dall'Assemblea legislativa e che questa maggioranza, sollecitata da Spacca, a novembre nell'assestamento di bilancio ha riportato. 300 mila euro l'anno per molti dirigenti! Questa è la vostra sanità!

E i tempi d'attesa! Tempi lunghi, a volte lunghissimi, anche un anno, ma questo nel pubblico, perché poi se si va privatamente anche domani c'è posto! Proprio nelle convenzionate, complimenti! Cioè, quel 7-8% fa sì che trovo posto domani ma se vado nel pubblico aspetto dodici mesi!

Ricordo infine l'aborto del Cup. 15 milioni di euro – 15 milioni di euro! - dati da questa Giunta alle cooperative amiche.

Ecco, credo che di questo piano ci sia poco da vantarsi. Qual è l'unico suo obiettivo? Quello di aprire la strada a una sorta di macelleria sanitaria, macelleria ospedaliera, verso il territorio, verso le province decentrate, verso le comunità locali, tutto a vantaggio dei grandi interessi che ci sono e che voi manipolate molto bene.

Agli ospedali decentrati avete tolto l'ossigeno. Cito quelli che conosco meglio, ad esempio la mia città, Recanati, l'avete messa in eutanasia da anni, gli avete tolto l'ossigeno, adesso, siccome fa 480 parti anziché 500 sarà l'unico reparto neonatale pubblico ad essere chiuso nella regione. 480 invece che 500! Avete fatto apposta a farlo andare sotto i 500! Ci fate apposta da anni!

Stessa cosa a San Severino, che è un reparto di oculistica di buon livello. Stessa fine Pergola – saluto gli amici presenti – oppure Sassocorvaro, ecc..

Non sarebbe invece meglio prevedere che laddove ci sono delle eccellenze nel territorio vengano riconosciute? Ossia, una distribuzione territoriale della sanità anziché un accentramento, una centralizzazione.

Per somma dei motivi che ho detto è chiaro che voterò contro.

**Enzo GIANCARLI.** Colleghi Consiglieri, non voglio aggiungere molte considerazioni a quanto è stato già detto, e non soltanto dal Presidente Comi nella sua brillante relazione e dal collega Busilacchi, ma anche da altri colleghi di minoranza che sono intervenuti numerosi.

Voglio partire da una lettera che il Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome Vasco Errani ha inviato al prof. Monti, in cui si chiede di definire il nuovo patto per la salute e dentro quel nuovo patto alcuni nodi cruciali da affrontare che riguardano il finanziamento del servizio sanitario nazionale, gli investimenti nell'edilizia sanitaria e l'ammodernamento tecnologico.

Ecco, partendo da questa richiesta rispondiamo a quella che è una considerazione che più volte anche in quest'Aula abbiamo sottolineato. E mi scuso con alcuni colleghi se a volte faccio dei riferimenti che magari sono stati già affrontati e discussi in Commissione sanità, ma non essendone componente posso incorrere in alcune ripetizioni o magari in aspetti che hanno trovato già risposta. Sono certo che la sanità rappresenta sotto il profilo finanziario, come pure dal punto di vista della coesione e del benessere dei cittadini, un significativo banco di prova della capacità del nostro Paese e soprattutto della nostra Regione, quello di procedere sulla strada dell'ammodernamento della sua struttura di welfare, dei suoi assetti istituzionali.

E quindi la sfida in una Regione come la nostra è garantire i servizi sanitari di qualità a tutta la popolazione.

Faccio mia quella considerazione in cui il Consigliere Natali, seppure in un intervento molto critico rispetto al piano e alla maggioranza, diceva "la politica che ritorna a fare politica". La politica per noi non può che avere un valore etico e quindi deve occuparsi di legislazione, di programmazione, di pianificazione, di indirizzi, di strategie, e non di nomine. Ebbene, questo piano, con quella definizione che il Presidente Comi stamattina faceva rispetto al piano e non alla legge, mi pare che abbia riacquisito, per il ruolo delle Istituzioni, per la centralità delle stesse, un significato importante. Perché non soltanto gli atti significativi dovranno ritornare in Commissione, ma entro febbraio di ogni anno anche la relazione sullo stato di attuazione del piano dovrà venire in questa Assemblea. E'

un fatto estremamente importante, significa che non siamo soltanto in presenza di annunciazione, infatti a noi il compito della verifica.

Mi permetto anche di dare una risposta, e ci tengo a dirlo, ma non perché nella Provincia di Ancona ho avuto la responsabilità di presidente, ritengo di aver sempre avuto una dimensione regionale.

Questa mattina il Consigliere Zaffini diceva che nella provincia di Ancona non c'è una lista di ospedali da riconvertire. La lista, collega Zaffini, gliela scrivo io, è questa: Cupramontana, Montecarotto, Castelfidardo, Ostra, Corinaldo, Arcevia, Sassoferrato e Filottrano. Questi sono gli ospedali della provincia di Ancona che sono stati riconvertiti.

Se vuole solidarietà la chieda e quest'Aula sarà sensibile, non costruisca contrapposizioni fra territori, non serve a nessuno. Tanto più non serve in un settore come questo dove l'unica volta in cui la Costituzione italiana utilizza l'aggettivo fondamentale per qualificare un diritto lo fa con l'articolo 32 che definisce il diritto fondamentale alla salute. Una definizione della salute, quindi, non solo come assenza di malattia bensì come benessere globale. Pertanto coinvolge in positivo tutta una serie di profili ambientali, sociali, economici, la sicurezza delle condizioni di lavoro, tutte espressioni della vita, dell'identità, della libertà del singolo.

Cosa significa tutto questo e cosa ci impegna a fare come Regione Marche?

Intanto dobbiamo rendere fattivo e concreto il principio dell'uguaglianza di tutti i cittadini rispetto all'accesso alle cure. Un servizio sanitario pubblico – qui non mi soffermo perché l'ha fatto molto bene il Presidente Comi – in cui l'appropriatezza, intesa come capacità di razionalizzazione della governance sanitaria territoriale, stia al centro. E' infatti il cuore del piano. Dai posti letto per acuti, ai servizi territoriali, alle strategie per rispondere all'allungamento della vita media, dunque la longevità, alla non autosufficienza, alla prevenzione, alla questione annosa delle liste di attesa, una questione da gestire correttamente e con una buona organizzazione ove le agende dei medici siano aperte e messe a disposizione dei cittadini.

Il collega Zinni questa mattina faceva un riferimento a quei cittadini che magari non si presentano dopo aver preso una prenotazione. Io credo che i cittadini non hanno alcuna responsabilità, tanto più se la lista d'attesa è così lunga. Bisogna fare in modo che si istituisca quel servizio di richiamata, quello per la conferma a pochi giorni di distanza dalla prestazione. Perché è a pochi giorni di distanza dalla prestazione e a molti giorni dalla prenotazione della stessa. Altrimenti creeremo disagio ai cittadini e magari abbiamo operatori, a volte persino convenzionati, che stanno lì ad aspettare cinque persone ma ce ne sono solo tre.

Quindi dovremmo fare una riflessione su questo servizio di richiamata.

Sugli ospedali voglio dire anche un'altra cosa. Lo diceva bene il Consigliere Busilacchi, bisogna che ci capiamo una volta per tutte, l'ospedale di Torrette non è l'ospedale di una parte del territorio, è l'ospedale delle Marche. E il modello nel ragionamento della governance sanitaria non può che essere sugli ospedali di rete.

Ovviamente fondamentale è l'integrazione socio-sanitaria, le questioni che poc'anzi ponevo rispetto all'appropriatezza, rispetto all'organizzazione ospedaliera, ai servizi, alla prevenzione.

C'è inoltre il problema della continuità assistenziale. Deve esserci sempre un filo tra ospedale e territorio; si resta in ospedale nella fase acuta poi deve esserci un

territorio pronto a raccogliere il paziente.

Poi gli investimenti nelle scienze della vita, nelle tecnologie, nella ricerca, nei settori industriali come la farmaceutica e l'edilizia; riguardo l'edilizia nel piano è scritto chiaramente, non può essere diversamente, ossia l'ultimazione certa e definitiva di alcuni ospedali, Urbino, Jesi e altri, e in particolare la nuova Inrca.

Dunque un nuovo forte e stretto rapporto tra il servizio sanitario e il mondo della formazione e dell'università. Risorse umane e professionali. Tante figure per rispondere al meglio ai nuovi bisogni di salute, comprese ovviamente le competenze mediche.

A proposito di risorse umane, lo dicevano anche i colleghi Zinni e Bucciarelli, voglio ricordare che noi in quest'Aula abbiamo discusso, a seguito di un'interrogazione, se non ricordo male, del Vicepresidente Bugaro, di un concorso, come dire, debole dal punto di vista etico. Non riprendo quel ragionamento, ricordo però che su quel concorso abbiamo fatto incontri in Commissione, ne abbiamo parlato qui, nell'ultima Assemblea legislativa in fase di assestamento di bilancio abbiamo approvato, credo all'unanimità, un ordine del giorno in cui diciamo di impartire all'Asur Marche i necessari indirizzi e direttive affinché nel rispetto dei principi di efficienza, economicità e buon andamento della pubblica amministrazione si utilizzino le graduatorie del concorso sopraindicato anche per l'assunzione di personale a tempo indeterminato (61 amministrativi).

Qui c'è stata una timida lettera del dipartimento salute e un'altrettanta timida posizione dell'Asur. Ecco, è ora una volta per tutte – non voglio usare le parole forti che ha usato questa mattina il Consigliere Zinni, seppure condivida la sua sollecitazione, come pure condivido quella del collega Bucciarelli – che se ci sono irregolarità in un concorso il tutto venga inoltrato a chi di dovere, ma se non ci sono irregolarità quelle graduatorie devono essere utilizzate. Non è pensabile che quei ragazzi e quelle ragazze non abbiano certezze.

Assessore, guardi, le chiedo anche un impegno diretto. La prego, vorrei non parlarne più, ma è una questione di rispetto delle regole. Dobbiamo dare risposte, dobbiamo dare garanzie, dobbiamo dare certezze, la pubblica amministrazione deve essere credibile, e lo deve fare con i fatti.

La sanità. Oltre al diritto fondamentale, a cui facevo prima riferimento, della persona, oltre agli investimenti di carattere sociale, oltre una forte spinta dei servizi avanzati, quelli a maggiore valore aggiunto, come i servizi professionali, le telecomunicazioni, l'informatica, le strumentazioni mediche, io nelle Marche penso anche alla domotica con tutto quello che ne consegue.

L'offerta di salute deve avere tutta la nostra attenzione, quindi un'azione continua di verifica, di valutazioni, di controllo della qualità delle cure, ma soprattutto di lettura dei nuovi bisogni di salute della popolazione, dunque garanzie certe proprio nel rispetto dell'articolo 32 della Costituzione italiana.

**Dino LATINI.** Nell'analisi del piano socio-sanitario regionale, presentato in maniera davvero compiuta dai relatori di maggioranza e di minoranza, almeno dal punto di vista delle strategie su cui hanno individuato il lavoro, ritengo sia necessario tornare all'aspetto centrale del tema, cioè quello che un piano sanitario regionale deve affrontare. Crediamo di aver recepito le difficoltà su cui si è sviluppato il processo di organizzazione del piano stesso, ovvero la transizione demografica con il progressivo invecchiamento della popolazione, quella epidemiologica che

ne è seguita, alimentata anche da un progressivo passaggio delle patologie prevalentemente acute a situazioni di cronicità diffusa. Inoltre la transizione comunicativa, che sempre di più rende il rapporto medico-paziente in profonda discussione rispetto a quello tradizionale che conosciamo, che porta al centro del percorso curativo lo stesso paziente per le comunicazioni che chiede e a cui devono essere date risposte.

Si aggiungono a queste altri due aspetti, che in un piano sanitario in genere non devono essere presi in considerazione, ma che invece sono fondamentali.

Lo scenario competitivo per quanto riguarda le nuove dinamiche professionali, cioè il modello privato profit e non profit, dinamiche che incidono, al di là della nostra buona volontà di parlare di pubblico, sui meccanismi operativi delle organizzazioni e del rapporto con le strutture sanitarie.

E la transizione economica con l'introduzione di logiche microeconomiche all'interno della gestione, che hanno agito anche nelle logiche, nelle prospettive del sistema di welfare che conosciamo, tenendo conto anche dei numerosi tagli che sono stati apportati dalle varie manovre nazionali.

Infine - non l'ho sentito richiamare negli interventi precedenti, se non nelle due relazioni - il percorso del federalismo fiscale dei costi standard, che amplificherà rilevanti modificazioni, interessando i modelli istituzionali, i sistemi di responsabilità ed i livelli di autonomia, gli assetti organizzativi e i fabbisogni. Per quella ragione che vede il modello regionale la maggior parte della spesa inserita nella sanità, certamente tali processi verranno vissuti con maggiore intensità, essi hanno profondamente inciso e incideranno sul piano sanitario regionale.

Per questo diventa esso stesso fondamentale perché deve ispirare traiettorie di sviluppo in modo tale da imprimere una profonda qualificazione del servizio sanitario regionale, partendo proprio da questi macrofenomeni enunciati, che ho visto tracciati in maniera a volte espressa e a volte implicita nel piano stesso, soprattutto nella prima parte.

A mio avviso sono quattro le situazioni che vorrei cogliere a livello generale e che vale su tutta la regione.

La prima azione è sugli ambiti territoriali della sanità e sugli assetti conseguenti, la seconda è sulla responsabilizzazione diffusa nel servizio sanitario regionale, la terza è sulla centralità, se vogliamo crederci, del distretto per la tutela della salute, l'ultima, quello che tutti hanno toccato nei vari interventi, è l'azione per l'evoluzione dei processi assistenziali, il rispetto della tutela delle strutture sanitarie ospedaliere esistenti in una prospettiva futura.

Su quest'ultima apro subito una parentesi. La debolezza strutturale che viviamo in termini di fondi da destinare all'edilizia sanitaria diventerà, anche nell'applicazione migliore di questo piano sanitario, il punto di forza per la non chiusura degli ospedali intermedi, che sono né riconvertiti, né potranno in futuro essere a mio avviso riconvertiti se non quando si avrà la capacità di organizzare in termini economici la realizzazione delle nuove strutture previste al nord, al centro e al sud della nostra regione.

Quindi un'arma a difesa, non so fino a che punto possibile e gestibile, di questa situazione.

Resta certo, però, che il primo punto su cui dovremo a mio avviso concentrare tutte le forze del nuovo piano sanitario riguarda gli assetti degli ambiti territoriali, la cui legge regionale n. 17 non ha ancora sciolto definitivamente i nodi, portando il

discorso del servizio-distretto come socio-sanitario, quando tutte le riflessioni in proposito organizzano una pianificazione diversa. Si deve tener conto che su questo inciderà una parte sostanziale di quelle che saranno in futuro le organizzazioni delle prestazioni più individuali, meno conoscibili da un punto di vista statistico, ma certamente le più diffuse.

Una ridefinizione degli ambiti socio-sanitari nell'ambito del piano sanitario è lambita di striscio, e invece nell'attuazione del piano stesso deve essere una forte e voluta capacità di individuare preziose organizzazioni, come appunto quelle degli ambiti territoriali capaci di dare risposte a una programmazione integrata nei fatti e non solo nelle intenzioni.

Il secondo punto fondamentale colto nel programma, che deve costituire un aspetto non secondario ma sicuramente primario perché si riflette sul livello attuale, è la deresponsabilizzazione all'interno del servizio sanitario regionale; le accuse fatte dai colleghi, sia di minoranza che di maggioranza, evidenziano proprio questa azione di deresponsabilizzazione diffusa, direi cronica, che il piano cerca in qualche modo di analizzare ma che abbisogna anche di altri interventi attuativi più che di programmazione e che in qualche modo dovranno essere attuati nella logica federalista degli strumenti standard, quella autentica e sana che tutti noi vogliamo, costituendo una evoluzione in tal senso del governo regionale e infraregionale parallela al processo di responsabilizzazione innescato dal federalismo fiscale stesso.

A livello di distretti e a livello di assistenza ospedaliera, a livello dei medici di medicina generale, a livello istituzionale del sistema sanitario Regione, Asur, Distretto, non abbiamo un concetto profondo di responsabilizzazione, che invece il programma e il piano sanitario, per quello che ho letto, ci chiede di fare.

Altrimenti il rischio del taglio continuo o del rispetto di budget diventerà una mera cifra economica a cui non si lega volutamente, o non si lega per colpa dell'inattuazione del programma stesso, la centralità. Un obiettivo che, ripeto, è fondamentale, non secondario, per portare a termine la fase più importante, l'inserimento degli operatori coscienti nell'attuazione dei servizi futuri.

Il terzo aspetto è la centralità del distretto per la tutela della salute.

Bisogna svilupparlo, è un obiettivo storico e fondamentale, previsto sia dalla legge 833/78, sia dalla 328/00, che lega i piani sanitari fondamentali della nostra regione, sotto progetti importanti che il piano potrebbe intravedere e rendere attuabile. Il distretto come programmazione delle attività territoriali, come servizio del sistema sociale locale, con l'importante ruolo di presa in carico dei problemi, che oggi invece sono lasciati come oggetto delle politiche sociali locali, quindi rischiano di andare alla deriva. Inoltre: distretto come assistenza primaria (generale e specialistica); distretto come continuità assistenziale e orientamento e supporto della domanda (vedi le funzioni dello "sportello per la salute"); distretto come sede elettiva della integrazione sociosanitaria, di cui oggi c'è un'importantissima richiesta da parte di tutti i cittadini che non riescono ancora a slegare i problemi della salute strettamente intesi con quelli socio-sanitari, che comunque gravano sulle loro spalle; distretto come servizio complesso e garante di assistenza in tutti i regimi assistenziali; infine l'aspetto che tocca di più quello amministrativo, cioè quello tecnico-gestionale ed economico-finanziario e abilitato all'autofinanziamento integrativo, in modo tale da raggiungere quell'autofinanziamento integrativo previsto dalla legge 419/98.

Accanto a questo c'è, come presupposto fondamentale per la governabilità del sistema, anche il monitoraggio della domanda di prestazioni della popolazione residente, relativamente a quelle integrative della attività, che non sono compensate nell'aspetto della quota capitaria dei medici di medicina generale. Trattasi di tutte quelle prescrizioni che ineriscono i cittadini residenti, relative a prestazioni che possono essere erogate all'interno dei servizi distrettuali, ma che in parte necessitano di erogatori esterni per conto del distretto. Il monitoraggio è necessario non solo ai fini della registrazione della spesa indotta dai diversi soggetti prescrittori, ma anche per consentire a ogni singolo distretto di avere una sorta di valutazione circa la esaustività dei servizi distrettuali, ottimizzando non solo il rapporto costo/efficacia, ma anche il rapporto risorse/esaustività, perseguendo una vera politica di budget, che si dovrebbe fare non solo a livello di Asur, di Area vasta, ma anche a livello di ogni singolo distretto.

L'altro aspetto che si va a chiudere, come centralità del distretto della tutela della salute, è la frequentazione dei governi dei percorsi per quanto riguarda l'assistenza sanitaria complessiva nella nostra regione.

Non sempre sono le grandi prestazioni ospedaliere o le prestazioni importanti o le eccellenze, ma sono, nella maggior parte dei casi, prestazioni elementari, in cui l'intervento è un insieme organizzato di prestazioni o percorsi fisici o operativi che complessivamente condizionano il rendimento assistenziale, portandolo verso l'alto o verso il basso se il governo dei percorsi è vero ed è gestito nel migliore dei modi. Le direttrici da sviluppare, anch'esse da prendere come spunto dal programma sanitario regionale per renderlo completamente attuabile, devono avere come obiettivo la gestione del fondo, lo sportello per la salute e per la comunicazione, il rilancio dell'Unità Valutativa Distrettuale, l'ampliamento dei ventagli operativi, territoriale e ospedaliero, anche per favorire le scelte fra opzioni alternative, la definizione di percorsi di cura, correnti e praticabili in una logica locale e/o di area vasta, per le problematiche più diffuse.

Un ulteriore ausilio esterno potrebbe derivare dalla elaborazione e dalla pratica dei percorsi e dalla introduzione di serie misure incentivanti/disincentivanti sui prescrittori/produttori autorizzate dal livello regionale e applicate localmente. L'ultima azione è per l'evoluzione dei processi assistenziali, che in pratica si riconduce a se salvare il discorso degli ospedali, così come lo intendiamo storicamente, o pensare che ogni area vasta ha a sé soltanto come obiettivo la realizzazione di un ospedale per area vasta.

Per raggiungere questo obiettivo, al di là delle posizioni diverse, bisogna costruire prima un regime di degenza a bassa intensità assistenziale, aumentando il percorso dei distretti e la loro capacità di dare risposte e riorganizzare soprattutto la specialistica ambulatoriale. Quindi un regime di low-care, la riorganizzazione della specialistica ambulatoriale soprattutto per quanto riguarda la capacità – ne parlava prima molto bene il Presidente Comi - del problema intra e extramoenia, che oggi certamente non può essere toccato dalla legislazione regionale, ma che costituirà un punto cardine delle prossime riflessioni a livello nazionale.

Solo facendo così gli obiettivi che si pone questo programma hanno la possibilità di raggiungere le strategie di fondo, che non possono che essere quelle di dare risposte, come il piano socio sanitario, alla problematicità degli obiettivi e delle intenzioni, indicando strumenti e risorse e tempi in maniera chiara e puntuale. Fino a quella data noi dobbiamo attuarci per far sì che questo percorso abbia come

base fondamentale la tutela della salute dell'assistito, ma certamente nelle condizioni particolari che questa Regione vive, tenendo conto che solo il buonsenso e la concretezza ci permetterà di attuare nel più breve arco di tempo la maggior percentuale dei progetti del nuovo piano socio-sanitario.

**Rosalba ORTENZI.** Voglio subito ringraziare in modo molto sentito la Commissione, in particolare il Presidente Comi e tutti i colleghi di minoranza e maggioranza, per la gran mole di lavoro che hanno sviluppato in questo periodo, mi pare li abbia impegnati per diversi mesi. Un lavoro comunque da apprezzare perché fatto in maniera precisa. Poi ovviamente ognuno pensa e dice quello che vuole. Io ho meticolosamente letto il piano socio-sanitario oggi all'esame di quest'Aula. Non si può negare, seppure raccolga critiche e richieste di emendamenti, come esso rappresenti per la nostra Regione un punto fermo per incrementare il lavoro che è stato attivato in questi anni attraverso le leggi di settore.

Un lavoro sicuramente non facile e complicato, al punto dal far pensare si potesse anche tornare indietro, in particolare sull'Asur e le sue articolazioni in area vasta. Aver invece creduto nelle aziende, come garanzia dell'articolazione funzionale e territoriale del servizio sanitario regionale, ritengo abbia portato a un risultato incontestabile, il controllo della dinamica della spesa più e meglio di altre Regioni, che sono fatti dichiarati e riscontrabili.

Semmai l'interrogativo che dobbiamo porci riguarda se il miglioramento contabile tocca o meno la qualità del servizio. Negli obiettivi generali il piano si pone l'obiettivo di realizzare un sistema di servizi sanitari e sociali integrati che promuovano il riequilibrio di prestazioni tra i territori della regione: equità, sviluppo, ricerca, sinergie per le reti cliniche tra aree vaste.

Ed è su questo aspetto che vorrei soffermarmi, in quanto rappresenta un po' anche quell'umore che ho potuto captare nel territorio dell'area vasta 4, che mi è più propria anche perché la conosco meglio.

Credo che la sinergia di cui parlavo possa rappresentare un'opportunità per pianificare la rete dei servizi, degli interventi sanitari e socio-assistenziali del territorio fermano; un territorio che in un certo senso è più fragile, poi dirò su questo due parole, perché potrebbe non essere il più fragile perché più piccolo.

La rivisitazione dell'area vasta n. 4, la modifica della geografia inerente questa area vasta con l'introduzione della zona montana, può rappresentare una condizione favorevole per il salto di qualità del sistema, pur nella consapevolezza delle difficoltà economiche di questo particolare momento, che però non hanno fermato la Regione nell'elaborazione di un piano strategico triennale. Molte altre Regioni, lo sappiamo bene, si sono precluse questa possibilità.

E' del tutto evidente che l'area vasta 4 del fermano è meno forte delle altre, territorialmente e in termini demografici, ma l'unitarietà territoriale della provincia di Fermo, con tutto quello che possiamo immaginare potrà succedere per le istituzioni Province, per tutto quello che sarà il perimetro in cui opererà l'area vasta, che è quello proprio della provincia di Fermo, è una condizione imprescindibile di partenza per aprire prospettive di rapporto con altri territori e poli socio-sanitari limitrofi - penso a Civitanova, ma non solo -, come abbiamo avuto modo di dire in un documento sottoscritto dagli amministratori ai vari livelli e dalle organizzazioni sindacali.

Nell'ultimo periodo debbo dire che il nostro sistema sanitario locale si è

consolidato. Basti pensare alle nomine di nuovi primari, alle scelte relative al pronto soccorso dell'ospedale Murri, alle fasi preliminari della progettazione e la conferma del finanziamento per il nuovo ospedale, che pure ritroviamo nel documento del piano.

Tutto questo, però, senza nasconderci criticità ed urgenze. Penso ad esempio all'indispensabile incentivazione dei servizi socio-sanitari nell'area montana, con un ospedale ad Amandola che dovrà essere visto come una risorsa per tutto il territorio, non come un fatto isolato quasi fosse un buco da tappare. E al futuro di alcune strutture ospedaliere che andranno necessariamente riconvertite.

E' infatti l'area vasta del fermano che detiene il primato negativo del più basso numero di posti letto per Rsa e riabilitazione; abbiamo solo 20 posti a Petritoli di Rsa e null'altro.

Un primato positivo però ce l'ha avuto, è cioè il territorio che più di tutti ha consentito la chiusura dei piccoli ospedali, purtroppo, però, senza ottenere altri vantaggi da queste scelte virtuose.

Ma questa è una storia che appartiene al passato, non dobbiamo fare il pianto greco nè piangerci addosso, ma guardare al futuro con occhi di speranza. Penso anche all'ospedale di rete e a quello di Amandola. Dobbiamo fornire a questi funzionalità reale, attraverso nuovi e qualificati servizi e la stessa rivisitazione delle strutture periferiche.

Non è più possibile tergiversare o allungare i tempi ormai maturi e pronti, si deve fare in modo che la riconversione degli ospedali di Montegiorgio e Sant'Elpidio a Mare si attivi al più presto.

Non da ultima vi è la rete d'emergenza che va completata e adeguata affinché possa continuare a svolgere il suo servizio efficiente e rapido per i cittadini del fermano. Sarà necessario avere al più presto un piano Potes efficiente, che dovrà essere funzionale e funzionante, Assessore, soprattutto per le zone lontane, quelle montane, ma anche per i paesi più piccoli. E lo dico non solo per l'area vasta di cui sto evidenziando alcune questioni.

La raggiunta unità territoriale ci permette di guardare al futuro in modo diverso. Come pure il fatto che ai diversi livelli istituzionali si è fatta strada una nuova consapevolezza sui problemi fin qui esposti.

Ci aspetta un lavoro attento, un lavoro che abbia le caratteristiche della massima concertazione e del recepimento effettivo delle esigenze, dei bisogni del territorio. Un lavoro che dovrà necessariamente confluire nel piano di area vasta.

Nel piano, del resto, si enunciano punti essenziali, obiettivi fondamentali, quali la riduzione della mobilità passiva, per la quale, forse, occorrerebbe muoversi verso una programmazione con le Regioni vicine, invece di farsi concorrenza e attivare accordi di confine. Una questione che credo sia da implementare e sviluppare. Poi il riferimento alla perequazione delle risorse, come si enuncia tra le linee di intervento. E' evidente che la volontà è quella di riequilibrare il sistema. Dunque nelle future ripartizioni delle risorse si deve tener conto dell'esigenza di riequilibrare il sistema.

In vista del conseguimento di specifici obiettivi di salute le risorse dovranno essere prioritariamente indirizzate verso i territori che presentano una carenza di offerta sanitaria e di dotazioni tecnologiche e strutturali. Questo è quello che recita il piano.

Allora la complessiva arretratezza del servizio sanitario che il sud delle Marche, ove

vi rientra anche il fermano, ha subito fino a qualche tempo fa rispetto ad altri territori della regione, dovrà essere cancellata. Quelle comunità non vogliono più rinunciare al diritto alla salute, lo vogliono avere al pari di altre che forse in passato hanno avuto una maggiore attenzione.

Però queste sono solo lamentazioni ormai non più utili.

Sono certa, Assessore e colleghi, che con l'approvazione di questo documento fondamentale si potrà avere una visione d'insieme dei problemi e dei bisogni che dai territori emergono. Inoltre le risposte saranno in linea con i quattro presupposti che secondo me rappresentano la prima pagina, l'anima stessa del piano, come ce l'ha ben presentato il Presidente della Commissione: appropriatezza, sostenibilità, innovazione, sviluppo.

Ecco, è su questi quattro pilastri che si dovrà lavorare nel concreto.

**Massimo BINCI.** Questo piano non programma nessuna trasformazione, si pone solo obiettivi da raggiungere che si rifanno alle strategie e agli standard nazionali. Inoltre, purtroppo, non parte neanche da una valutazione ex post dei risultati raggiunti dal precedente piano sanitario, ovvero su cosa ha funzionato e che quindi è da tenere e quello che non ha funzionato.

Dunque la prima cosa che deve esserci in una programmazione è la valutazione dell'esito della programmazione precedente. Che peraltro non è stata solo una programmazione, ma è stata anche affiancata da investimenti che hanno utilizzato gran parte delle risorse del bilancio regionale. Come non valutare dunque i risultati raggiunti, quello da portare avanti e quello da abbandonare? E' per questo che ritengo, visto appunto che questo piano è previsione e programmazione ampia senza nessuna ricaduta sulle scelte e sugli interventi, che annualmente si deve fare il punto, ma non solo in Commissione, come è stato scritto nella legge, ma anche in Assemblea legislativa attraverso una specifica sessione sulla sanità, ove appunto si faccia il punto degli interventi, delle risorse impiegate, dei risultati raggiunti, delle trasformazioni messe in atto; perché sicuramente scelte sui siti, sugli ospedali, sulle trasformazioni, sulle risorse e sui territori verranno fatte.

Faccio ora un'analisi che qui è stata evitata, quella della struttura organizzativa. Giustamente qualcuno ha detto che l'Asur è un'impresa da 18 mila dipendenti, che pertanto dal punto di vista gestionale è incontrollabile da un amministratore unico. Come invece avviene adesso, che è un amministratore unico che decide l'organizzazione in ogni singolo angolo del territorio regionale, decide addirittura anche l'acquisto dei fogli di carta per ogni singolo ufficio dell'Asur a livello regionale. Questo non è possibile!

E' bene allora passare a cinque aziende, alle cinque aree vaste con personalità giuridica, aziende da 4 mila dipendenti, una dimensione considerata già troppo grande, ma comunque meglio gestibile da un punto di vista organizzativo e contabile. Ognuna con un vincolo di bilancio assegnato.

Quindi tutta quella favola che solo l'Asur può garantire il pareggio di bilancio non è assolutamente vera, anzi, è vero il contrario. Perché una volta dato il bilancio assegnato le cinque aree vaste permetterebbero una gestione più oculata, più rispondente sia nella spesa sia nel ritorno degli investimenti rispetto ai servizi per i cittadini, che non una maxi Asur che dovrebbe vedere tutto.

Secondo me l'Asur ha un solo aspetto positivo, quello che permette il controllo

politico della sanità in maniera facilissima, basta dare le indicazioni al direttore dell'Asur e automaticamente si controllano a caduta tutti i gangli degli investimenti, delle assunzioni del personale e delle scelte sulle strutture (dove cioè allocare ospedali o meno), di tutto il territorio. Quindi secondo me attualmente, vista anche l'esperienza che ormai c'è stata, un'Asur unica regionale è antieconomica, è contraria ai criteri di buona organizzazione e facilita questo tipo di controllo.

L'Ufficio dell'Assessorato che deve controllare l'operato della sanità, e quindi dell'Asur, è evidente che tale controllo lo potrebbe fare meglio se – faccio un esempio per semplificare – deve fare un sopralluogo su un appartamento di un piano, verificando magari che anche sotto i tappeti non ci sia polvere, piuttosto che una villa di cinque piani in cui si può meglio nascondere la cattiva amministrazione e la cattiva gestione economica.

Quindi con le cinque aree vaste anche la funzione di controllo reale che deve svolgere l'Assessorato alla sanità risulterebbe più facile.

I problemi. Il problema principale che attualmente viene percepito dai cittadini è quello delle liste d'attesa, quindi dell'accesso alla sanità. Giustamente qui è stato detto di attivare i doppi turni dei macchinari diagnostici e di aumentare in questo settore il personale. Non è certo possibile pensare a un blocco del turnover, ma non può essere che avvenga nella misura del 70% proprio in quei punti dove c'è invece bisogno di personale. Ci saranno magari uffici non operativi, amministrativi, oppure ospedali che vengono ridimensionati in alcuni aspetti, quindi il personale, se deve essere riassunto, deve essere poi utilizzato principalmente per ridurre il problema delle liste d'attesa. Quindi, ripeto, operare per favorire i doppi turni dei macchinari diagnostici e dei tecnici che lavorano in questo settore.

L'altra questione è l'accesso al pronto soccorso, anche qui ci sono tempi lunghissimi d'attesa.

Per quanto riguarda l'organizzazione, che qui addirittura nella prospettiva programmatoria va a peggiorare, vediamo la frattura della sanità negli ospedali e sul territorio, che in questo piano viene penalizzata. Al di là di dove saranno fatti e del livello che si è raggiunto, gli investimenti previsti sono solo sulle nuove aziende ospedaliere, Marche Nord, Marche Sud, Fermo e Inrca. Sicché è logico che con previsioni di centinaia di milioni di euro di investimenti su queste quattro aziende ospedaliere poi tutti gli investimenti per gli altri settori saranno bloccati. Cosicché la sofferenza sarà ancora più percepita. Perché? In ospedale ci si va per le acuzie e per le urgenze che ogni tanto nella vita possono succedere, ma la sanità sul territorio è utilizzata dai cittadini ogni giorno. E purtroppo rimarranno senza risorse i consultori, che tra l'altro qui non sono neppure citati, che non potranno così svolgere il loro lavoro di informazione, le visite ginecologiche, l'applicazione della 194, la cura delle relazioni familiari. Oppure i poliambulatori, strutture che fanno da filtro anche per i ricoveri. Ancora, gli interventi svolti sul territorio legati al sostegno del disagio mentale, della psichiatria, della tossicodipendenza, anch'essi in sofferenza di risorse e personale. E poi tutti gli screening di base e di prevenzione, che non hanno un progetto organico regionale suddiviso per sesso e per fasce d'età, seppure permetterebbero a tutti i cittadini di poter avere un minimo di parità nella prevenzione, evitando che ogni zona, ogni territorio svolga un tipo diverso di prevenzione. Insomma, nel piano sanitario deve essere stabilito quali sono le misure e gli screening di base di prevenzione a cui hanno diritto i cittadini

marchigiani.

Ancora un minuto, Presidente, e concludo. E' inoltre necessario investire risorse per formare insegnanti per svolgere campagne nelle scuole sull'alimentazione, sugli stili di vita, sull'educazione.

Serve verificare l'appropriatezza dei medici di base e degli specialisti ambulatoriali prevedendo standard per queste prestazioni.

E quindi privilegiare una sanità centrata sul territorio, con investimenti a bassa intensità di capitale.

Un obiettivo da verificare sarà l'informatizzazione e la centrale unica d'acquisti e di appalti.

Vorrei anche rimarcare la necessità che l'Agenzia regionale svolga un ruolo autonomo nell'analisi dei bisogni e della realtà sanitaria marchigiana, come pure l'importanza che si attivi il registro dei tumori regionale.

Sulla parte sociale del piano non condivido il ruolo ideologico che si vuol dare alla famiglia, che è un ruolo fondamentale nella realtà, ma che non può diventare soggetto centrale del welfare, sottintendendo alla funzione di supplenza che le donne storicamente hanno sempre avuto nella cura dei figli e degli anziani. Va affrontato il diritto al sostegno di ogni individuo, ma non solo legato al fatto di essere membro di una famiglia. Famiglia che addirittura deve essere solo naturale, forse perché con pochi fondi si vuole un criterio ideologico per indirizzare le poche risorse.

Come pure gli interventi per le donne sole e in stato di gravidanza secondo me vanno allargati, se si vuole tutelare la vita, anche a quelle sole con figli.

Ho presentato un emendamento per precisare questi aspetti, inoltre per attivare la sanità regionale per una presa in carico del passaggio alla Regione della sanità per le persone detenute, come previsto dalla legge.

**Franca ROMAGNOLI.** Spero di dare anch'io un apporto, che sia soprattutto scevro da demagogia o da facili battute. Il momento è particolare, la crisi è quella che tutti sappiamo. Alcune cose coraggiose questo piano poteva farle, è doveroso segnalarle. Ma il momento del populismo, di avere la sanità sotto casa e ospedali omnicomprensivi credo sia terminato. Mi accingo dunque a fare qualche considerazione, ma soprattutto mi soffermerò sull'aspetto sociale, che mi sembra la parte più innovativa del piano.

Questo piano sceglie di disegnare delle linee, sceglie una programmazione abbastanza leggera, e soprattutto parla di obiettivi.

Però concordo quando il Consigliere Binci dice che parlare di obiettivi senza aver fatto un report e una valutazione dei piani sanitari scorsi è veramente assurdo.

Cioè noi non sappiamo cosa sia stato realizzato dei piani precedenti, non sappiamo a che punto stiano le reti cliniche o le auspiccate riconversioni. Peraltro i piani sanitari precedenti erano un po' più contenutistici rispetto a quello di oggi che sicuramente è più leggero. Ecco, questa è una prima critica.

Se però vogliamo stare a questa impostazione non possiamo sottrarci dal fare alcune domande. Se l'impostazione è quella di garantire una sorta di omogeneità di trattamento (che è l'obiettivo primario), di assicurare l'uniformità e la perequazione dei livelli di assistenza delle opportunità di cura in maniera uniforme da nord a sud, delle domande ce le dobbiamo porre; lasciamo perdere le questioni più precisamente di merito, voglio anche fare lo sforzo di non parlare di

questo e quell'ospedale, di non scendere nell'analisi, che poi penso, per come è impostato il piano, sarà oggetto dei piani aziendali e dei successivi piani che verranno in Commissione e che quindi avremo modo di discutere. Ritengo che di sicuro l'uniformità di trattamento, auspicata, agognata, posta come obiettivo, da nord a sud, non ci sia, e non credo che ci sarà affinché alcune questioni non verranno affrontate con maggiore efficacia.

Vado ora per sommi capi, perchè condivido sia le critiche che sono venute in particolare dal relatore di minoranza D'Anna, nostro portavoce dell'intergruppo, sia le considerazioni della Consigliera Ortenzi, quindi non voglio ripetere quanto appunto condivido. Però, dico, se questo è l'approccio non possiamo non considerare, come diceva anche il Consigliere Marinelli, che i livelli di assistenza sanitaria diminuiscono da nord a sud. A mio avviso, infatti, il vero buco nero resta quello del centro, per ragioni di debolezza e purtroppo anche di piccolezza geografica dell'area vasta di Fermo, e per mancate integrazioni, che auspico avvengano con l'area vasta 3 di Macerata e Civitanova. E questo presuppone – l'Assessore Mezzolani lo sa, l'ho detto anche al dott. Ruta – che le eccellenze non devono stare dappertutto, che le vocazioni dei territori vanno rispettate, che ci sono aziende e ospedali che sanno fare meglio una cosa, per i primari, per la storia, per la tradizione. Non è giusto duplicare ovunque. Non serve una cosa che non funziona sotto casa, serve una cosa che funzioni bene, non a casa del diavolo, e soprattutto che non produca mobilità passiva.

Quindi se il contorno per far sì che non esportiamo mobilità passiva deve essere inevitabilmente quello delle Marche, allora che ognuno possa avere poli di eccellenza dove poter far nascere i propri figli, senza andare, ad esempio, in maniera inappropriata al Salesi; perché poi è questo che costa e che genera mobilità passiva, il parto naturale della signora che sta bene che va al Salesi perchè c'è un buco nel proprio ospedale e l'ostetrica lì non funziona è sicuramente il massimo dell'inappropriatezza.

Allora, ecco, che ci sia un'appropriatezza per le macrozone, nord, centro e sud. Il sud, devo dire, si sta già attrezzando con il discorso dell'azienda o comunque con la sinergia San Benedetto-Ascoli. Di sicuro ci sono passi in avanti e traguardi ben conquistati al nord. Il centro se invece non fa massa critica, se non fa sinergia tra aree vaste, di cui una più grande e un'altra piccolissima, se non mette in rete i propri ospedali – e parlo di ospedali di rete, poi dirò come vadano affrontate con coraggio le riconversioni –, ecco, poi il sogno di avere tutto a Fermo, tutto a Macerata o tutto a Civitanova, come dire, fa ridere.

Come è un sogno quello di predisporre un ulteriore piano di fattibilità per l'ospedale di Macerata o di Civitanova perché baricentrico, però allo stesso tempo facciamo quello baricentrico che sta più avanti nella progettazione a Fermo.

Questi devono dialogare! E lo dico, ripeto, facendo mie proprio le basi, i criteri, le premesse del piano stesso. Non può esserci tutto, buona parte va riconvertito, però l'uniformità va garantita il più possibile, soprattutto, ripeto, creando poli di eccellenza che siano per lo meno tre e grandi.

E io posso dire anche l'azienda ospedaliera, ma non mi allargo oltre, se la chirurgia è buona a Civitanova potenziamo quella, se la neonatologia può venir fuori a Fermo, potenziamola, se la radiologia a Macerata o l'oncologia va bene – tutti sappiamo che nelle Marche e soprattutto al centro Italia si va verso una

precisa oncologia, appunto quella di Macerata –, fa ridere duplicare. Ma per farlo occorre che queste due aree vaste facciano massa critica insieme, che lavorino insieme, a costo, per quanto mi riguarda – lo dico magari scavalcando qualcuno a sinistra e qualcun altro a destra - di eliminare l'area piccola di Fermo e l'area semipiccola di Macerata e Civitanova e farne una sola.

Se non avviene questa integrazione continueremo, soprattutto nel fermano e nel centro Marche, a produrre mobilità. Perché in questo senso siamo la lassità più forte, si va a Teramo da una parte e oltre Pesaro dall'altra, e comunque i disagi per chi sta lì in mezzo sono tanti.

Quindi chiedo coraggio su questo. Così come chiedo coraggio sulla partita delle riconversioni.

A me va bene che gli ospedali di polo non esistano più come ospedali di acuzie, lo dico apertis verbis, ne abbiamo tanti nel maceratese e ancor di più, conoscendoli, nel fermano. Ci sono ospedali di acuzie che hanno 10-20 posti letto per la medicina o per la chirurgia. Mi va anche bene, ad eccezione di quelle zone montane dove chiaramente l'ospedale di polo deve essere di rete e deve offrire tutti i servizi.

La partita delle riconversioni, però, è questione di serietà. Questo piano non può essere una cambiale in bianco. La partita delle riconversioni va iniziata subito.

Gli ospedali minori da anni sono spogliati dai reparti di acuzie, ma nessuno, soprattutto nel fermano, ha iniziato un serio processo di riconversione. E per riconversione intendo, come chiede anche la domanda socio-sanitaria nelle Marche anche a causa, per fortuna, del prolungamento dell'età, soprattutto i servizi di Rsa e di lungodegenza o addirittura poli per geriatrici.

Se questo deve essere, se nel fermano abbiamo assegnati 90 posti, nel maceratese non so quanti, se i piccoli ospedali purtroppo stanno chiudendo, è così via, ecco, mi va bene però se insieme avviene anche la riconversione, come pure la disposizione, la preparazione strutturale delle rsa e lungodegenze.

Perché dico questo? A di là del bisogno che c'è di rsa, al di là del bisogno della popolazione anziana, al di là di tutte le malattie degenerative e neurologiche - sapete di quanti oss e lungodegenze avremo bisogno, che però devono essere delle assistenze vere e proprie, la lungodegenza è assistenza sanitaria vera e propria –, io vedo che non solo le partite della riconversione non si avviano ma incombe anche la speculazione del privato. Se gli ospedali minori continuano ad essere spogliati, a rimanere delle cattedrali nel deserto, parallelamente – ho affrontato il problema con una mia interrogazione e devo dire che l'Assessore Mezzolani è stato disponibile a darmi parzialmente ragione e ad accordare anche una sospensione in tal senso – il privato è in agguato. Quel privato che vorremmo far sì che non caratterizzi la nostra regione, a differenza della Lombardia - a me va benissimo, sono la prima ad erigere la bandiera del pubblico, quel privato che deve essere soltanto sussidiario, e che lo deve essere quando gli ospedali minori hanno esaurito il loro compito di riconversione in rsa pubbliche.

Io non accetto che ci sia lo scavalco del privato, che si chiami Santo Stefano o Comunità Capodarco o cittadelle sanitarie o sociosanitarie a San Giorgio o ovunque esse siano, ecc.. Benvengano quando i 90 posti letto le strutture minori ospedaliere li hanno assorbiti. E quando, certo, gli ospedali minori non chiudono, perché se chiudono definitivamente senza essere riconvertiti non solo ci costa la struttura, che magari poi la volete vendere, cartolarizzare, non lo

so, però, ecco, è anche quella una disfunzione, non è una inappropriatazza, quello deve rimanere presidio socio-sanitario. Ripeto, nel contempo temo che i topi possano ballare, temo che questi posti vengano rivestiti da quello che può essere un aiuto in certi termini ma che può diventare una speculazione se fatta prima della riconversione degli ospedali minori.

Termino dicendo che invece apprezziamo molto il cambiamento di rotta del piano sociale rispetto anche alle impostazioni, quelle sì, ideologiche, dei piani sociali passati. E in questo un po' ci conforta, come dire, anche l'espressione contraria al welfare familiare che il Consigliere Bucciarelli e soprattutto il Consigliere Binci hanno evidenziato. Lo dico anche a nome del collega Silvetti.

Il piano sociale fa un'inversione di tendenza chiara, si passa da un welfare prevalentemente assistenziale a un welfare veramente più familiare, dove la crisi impone delle scelte, dove la famiglia si pone al centro, diventa protagonista passiva e attiva delle politiche del welfare.

Insomma, ad eccezione della grave non autosufficienza, il soggetto in primis va sostenuto, accudito e curato in famiglia.

E questo può vedere una parziale esautorazione dei Comuni. Va a emendare una sovrapposizione di Comuni e Regione. Diciamolo. Soprattutto in alcune zone c'era la sanitarizzazione del sociale. In alcune zone, penso soprattutto a certe zone del nord, la sanità soccorreva i Comuni e quindi la sanitarizzazione del sociale funzionava. Mentre nelle zone centro-sud questo non avveniva e i Comuni erano decisamente assediati da spese ecc..

Dunque, se una parte va ai Comuni ma una parte il soggetto principale è quello familiare a noi questo va bene.

Le tante inappropriatazze, le tante mancate sinergie tra Comune e Regione in quella integrazione socio-sanitaria che non è mai decollata, ecco, a mio avviso l'aspetto sociale di questo piano le fa proprie, si pone seriamente per la prima volta la possibilità di emendarle e di cambiare rotta.

Ecco allora che di fronte a un'impostazione ancora dirigista, ancora passata dell'aspetto sanitario - per la quale chiediamo addirittura più coraggio, sappiamo che certi periodi sono passati, vorremmo si scriva la pagina due -, fondamentalmente però resta l'impostazione dell'Asur. Una impostazione che da sempre, io e il collega Sivetti, quindi Futuro e Libertà, come tutta la minoranza, non possiamo né potremo mai appoggiare, finché per lo meno si va verso le cinque Asl provinciali - abbiamo firmato una proposta di legge con il Consigliere D'Anna - con personalità giuridica.

A fronte di questo c'è però un aspetto del piano, quello sociale, che condividiamo, dove vediamo uno spostamento sul welfare familiare da incoraggiare.

**Paolo PERAZZOLI.** Voterò a favore del piano perché lo condivido nel complesso, anche se sulle politiche sociali siamo solo all'inizio di una riflessione, e per il momento, come spesso accade, purtroppo, man mano che si scende verso sud diminuiscono le certezze e aumentano gli auspici, che è un dato ormai incontrovertibile.

Sono contento sia tornato in Aula il Presidente Spacca, così avvertirà la sofferenza del mio intervento, come pure la determinazione nell'affermare che io non ci sto. C'è un modo cioè di procedere che non mi va bene. Non va bene per la storia e

e per la tradizione del centro-sinistra. E lo dico come esponente del PD di cui con orgoglio mi sento parte integrante.

Le cose si devono discutere, non imporle. Io sono stato sempre contro l'uomo solo al comando. Non mi andava bene neanche quando ero io l'uomo al comando, figuriamoci ora che non lo sono.

E non voglio neppure essere emarginato, voglio discutere, sempre pronto a cambiare idea, ma non attraverso le imposizioni. Anzi, se uno me le vuole imporre trova in me, sia per tradizione che per carattere, esattamente l'opposto.

So bene, per esperienza purtroppo, che contano le cose scritte nei progetti, ma ancor di più conta l'azione concreta di governo quotidiano. Ed è per questo che ritengo si debba essere più chiari nel progetto. Troppo spesso, infatti, viaggiamo a velocità diverse: cose che riguardano il sud viaggiano come lumache mentre altre viaggiano con una velocità assai maggiore. Non va bene!

Io non mi fido di una cosa che è indefinita fin da subito, perché figuriamoci che cosa potrebbe succedere dopo!

E' per questo che ho presentato un emendamento che fa riferimento a quello che il PD della Provincia di Ascoli Piceno ha votato all'unanimità, senza divisioni. Ci può essere chi difende certe idee con maggior nettezza e chi si adegua. Io non mi adeguo. Se vengo convinto e se democraticamente si decide a maggioranza, va bene, obbedisco, ma non che qualcuno decida a parte.

Detto questo vado al piano. Io sono d'accordo, credo lo siamo tutti, ma lo voglio ribadire con forza, che Torrette sia l'ospedale più importante delle Marche, con tutte le sue eccellenze e alte specializzazioni. Le risorse che servono devono essere trovate, benissimo, però se più della metà degli interventi riguardano interventi di rete, chi paga? Non è un modo, anche questo, che drena risorse al territorio? Vogliamo trovare meccanismi che lo evitino? Ecco, penso proprio dovremmo ragionarci. O no?!

Secondo, la perequazione. Bisogna reintrodurre meccanismi che gradualmente fanno recuperare le aree che sono più in ritardo. E aggiungo, tra l'altro, che nelle aree vaste non tutti siamo uguali. Nella fase di prima applicazione secondo me bisognerà utilizzare il meccanismo dei vasi comunicanti. Se ad esempio in un reparto di un ospedale c'è personale in esubero lo si deve trasferire nell'ospedale vicino in cui magari ce n'è di meno. Bisogna evitare che da una parte si è carenti mentre dall'altra si abbonda.

I progetti di integrazione in area vasta vanno fatti in modo partecipato. Che cosa significa? Significa coinvolgere gli operatori e chi ci mette la faccia. Non può essere che in certi momenti siamo noi politici chiamati a rispondere e poi in altri non contiamo niente. Non può essere che una volta siamo il diavolo e un'altra l'acquasanta.

Terzo, tra nord e sud ci deve essere lo stesso modello organizzativo. Lo voglio ribadire ancora una volta. E' ora di smetterla che quando si tratta del centro nord si fa l'azienda - e se ne sono fatte diverse -, mentre quando si discute del sud ci sono sempre mille problemi di equilibrio e quant'altro. Non va bene!

Anch'io, certo, ho dei dubbi sul fatto che l'azienda sanitaria ospedaliera possa essere un danno, ma allora eliminiamo quella di Pesaro. Solo quando si tratta del sud vengono questi dubbi?!

Il nuovo ospedale unico noi lo vogliamo fare. Io su questa storia ci ho messo la faccia sin dall'inizio. Ed ora su questo c'è una larga convergenza. Non possiamo

allora essere messi nella stessa parte di chi, da quello che sento dire, non lo vuole fare. Perché la somma di tutti gli interventi di alcune province porta a zero, porta che non si tocca niente. Invece noi lo vogliamo fare! Però se viene messo che va tutto a finanziamenti nazionali disponibili succederà che quando i finanziamenti ci saranno si dirà "entro tot mesi progetto cantierabile". E se non avremo fatto neanche lo studio di fattibilità accadrà che ci verrà detto che i progetti non ci sono, di conseguenza si perderanno i finanziamenti o andranno in coda a qualcun altro.

Dunque, cosa chiediamo? Intanto che da subito si incominci a fare lo studio di fattibilità. Certo, abbiamo messo a conto finanziamento pubblico, ma se ci prepariamo lo potremo avere.

Secondo, se si fa il nuovo ospedale si liberano edifici che stanno nelle zone al centro di San Benedetto e ad Ascoli nella zona Monticelli. Strutture che se vendute, come è già successo nelle nostre zone, andranno nel calderone generale. Se invece avremo un progetto potremo dire che servono a finanziare quota parte il nuovo ospedale.

Dunque noi vogliamo l'azienda ospedaliera proprio per ottenere, come dicevo poc'anzi, le cose che in altre zone si sono avute in modo rapidissimo e spesso a totale carico della Asl. Da noi per ottenerle ci vuole sempre la mano santa! Io non ci credo che l'Asur lavorerà per fare quello su cui tutti diciamo di essere d'accordo.

Il mio emendamento nasce dal fatto che quello proposto dalla Giunta peggiora in questo senso il suo stesso testo. Non è che vogliamo qualcosa di nuovo, diciamo sostanzialmente di tornare al testo originario, per realizzare gli obiettivi su cui la Giunta ci ha chiamato a discutere e che condividiamo. Questo è! Non capisco perché non dovrebbe essere condiviso, quando è solo per cercare di raggiungere meglio un obiettivo. Meglio! Anche perché ce n'è un altro su cui dobbiamo recuperare, ed è ancora più che nella struttura ospedaliera, è la rete del territorio. Pure lì noi siamo in ritardo rispetto al resto delle Marche.

Io non credo negli impegni generici mi piacciono di più gli impegni concreti. Io non sono credente, invidio quelli che credono in Dio e coloro che credono negli impegni generici, ma io sono fatto in un altro modo, quindi preferisco il concreto. Dunque mantengo gli emendamenti perché ritengo vadano non ad indebolire bensì a rafforzare questo progetto strategico che condividiamo.

**Paolo EUSEBI.** Vi assicuro che sarò più veloce persino del Consigliere Perazzoli. Intanto ringrazio il Presidente della mia Commissione e il Vicepresidente per quanto mi hanno consentito di imparare in un mondo che per me era assolutamente nuovo. Ed io che di solito sono molto critico nei confronti dei burocrati devo inoltre dire che la struttura della nostra Commissione ha lavorato veramente in maniera seria, impegnata e soprattutto competente. Abbiamo fatto un lavoro di ascolto durissimo e interessantissimo che ha portato al miglioramento di alcuni punti della bozza di piano.

Ad esempio, lo ha ricordato nella sua relazione anche il Consigliere D'Anna, l'ascolto dell'associazione dei dializzati ha portato ad alcuni cambiamenti importanti, come il coinvolgimento nel piano di quell'associazione nella predisposizione delle ristrutturazioni e dei nuovi spazi per i dializzati.

L'attenzione alle riconversioni degli ospedali di frontiera, ogni decisione sul loro

futuro, sarà massima. Una cosa di cui ringrazio il Presidente della Commissione Comi che l'ha fortemente voluta. Ogni riconversione dovrà essere esaminata dalla Commissione, che appunto darà garanzia di attenzione e di trasparenza a tutti.

Non farò un'analisi delle positività, anche obbligate, di questo piano, faccio solo una critica.

Questo momento poteva essere importante per risolvere uno dei problemi principali, uno di quelli che assieme agli imbrogli e alle ruberie è causa di sprechi enormi. Potevamo cioè tagliare il nodo gordiano della confusa diarchia che amministra la sanità marchigiana. E' la politica che deve decidere, la burocrazia delle aziende deve applicare, altrimenti va a casa. Ma questo non lo si è voluto fare. E purtroppo penso che continueremo a pagare un prezzo altissimo in denaro e in organizzazione.

Per un istante faccio il Consigliere della provincia di Ancona: anconacentrismo. Se questo serve a qualche collega - quindi non come lo ha affrontato il Consigliere Perazzoli - per fare campagna elettorale nei territori di appartenenza, ecco, comprendiamo tutto, ormai è una vita che facciamo questo mestiere, però, come diceva anche il collega Zinni, quello non è l'ospedale di Ancona, è l'ospedale delle Marche. E di questo ospedale delle Marche il piano vuole aumentarne l'efficienza e la fruibilità, a garanzia dei cittadini, a garanzia dei cittadini più svantaggiati che non si possono permettere l'eccellenza a pagamento, fornendo loro i migliori servizi anche con la riorganizzazione degli ormai troppi ospedali presenti nelle nostre terre.

Ma questo problema, che solo alcuni demagoghi agitano, i cittadini lo hanno già risolto. Perché? Perché negli ospedali inadeguati, e non adeguabili - certo, a me ad esempio avere un bell'ospedale a Palombina nuova, il quartiere di Ancona dove abito, mi piacerebbe tanto, piglio i voti a Palombina nuova, facciamo un bell'ospedale! - non ci vanno già per scelta non per decisione della Regione "cattiva".

Poc'anzi accennavo della diarchia che paralizza, che riempie di sprechi e di doppioni la sanità marchigiana. Ecco, insieme a questo, insieme ai problemi più grandi, metto anche - non tanto le ruberie, che forse è una parola forte, va dimostrata - i tanti imbroglietti presenti tutti i giorni. A tal proposito voglio dire al Consigliere D'Anna che sulla Fosso Sejore ho presentato un'interrogazione a cui spero, prima che me ne vada da qui, non penso peraltro ci ritornerò, che qualcuno mi dia risposta. Ma ne ho presentate anche altre che testimoniano un'opacità nel mondo della sanità, a cui spero, ripeto, che presto mi venga data risposta.

**Valeriano CAMELA.** Alcune considerazioni di massima e alcune raccomandazioni un po' più di contesto.

Le pesanti, impreviste e aggiuntive manovre finanziarie attuate in rapida successione dal Governo nazionale negli ultimi tempi, hanno reso necessari interventi di aggiustamento dei contenuti della proposta di piano socio-sanitario oggi in discussione, come pure la contestuale modifica in corsa, sia del triennio di validità dal 2010-2012 al 2012-2014, sia della titolazione "la salute: diritti e responsabilità per i cittadini delle Marche" a "sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo".

E' un atto programmatico che la Regione Marche ha svolto in coraggiosa controtendenza rispetto a tutte le altre Regioni italiane, che hanno invece preferito rinunciare, considerata appunto l'assoluta instabilità della situazione economico finanziaria del Paese.

E' un atto quindi meritevole di apprezzamento, che basa la sua forza sull'equilibrio economico-finanziario raggiunto in questi anni. Un parametro che per definizione è equilibrio, è fortemente dinamico, e quindi è da assestare di volta in volta attraverso azioni correttive sul funzionamento del sistema. evitando però di compromettere il livello qualitativo dei servizi e delle prestazioni offerte ai cittadini. Ciò a salvaguardia di un percorso virtuoso che ha portato le Marche ai primi posti in Italia per qualità dei servizi erogati e per l'equilibrio dei conti, a fronte di numerose altre Regioni che sono invece commissariate o osservate speciali e conseguentemente ridimensionate nella loro autonomia gestionale.

Su queste osservazioni di massima poggia la sostenibilità dell'intero sistema sanitario e la sua possibilità di rispondere alla crescente domanda di servizi e prestazioni e alla costante evoluzione dell'innovazione tecnologica.

Non si può non condividere l'impostazione di continue politiche di riequilibrio del sistema e di redistribuzione delle risorse attraverso interventi di razionalizzazione ad ampio raggio ed ai vari livelli, attuando manovre strutturali e di recupero dell'efficienza.

La significativa riduzione dei trasferimenti statali in atto e comunque la prospettiva di imminente avvio di una fase importante e critica di recessione nel Paese – dicono già dall'inizio del nuovo anno -, rende obbligatorio riprogettare il sistema attraverso l'applicazione di criteri di appropriatezza sia in ambito clinico che organizzativo.

Quello dell'appropriatezza, insieme alla sostenibilità, è un altro pilastro a sostegno dell'intera architettura del piano sanitario. Una modalità di approccio sicuramente importante in quanto è in grado di liberare risorse da reinvestire nei processi di sviluppo del servizio sanitario regionale.

E' bene sapere che l'appropriatezza insieme all'efficienza e alla qualità delle prestazioni, coniugate con l'equilibrio dei conti, costituiranno la base del confronto tra le Regioni rispetto ai costi e fabbisogni standard introdotti con il federalismo fiscale, e dai quali dipenderà l'entità del finanziamento della spesa sanitaria già a decorrere dall'anno 2013.

Da una simulazione dell'applicazione dei costi standard al nostro attuale sistema sanitario risulterebbe per le Marche un finanziamento aggiuntivo compreso tra cento e duecento milioni di euro, che è una cifra da tenere conto per i successivi investimenti nel caso il sistema si mantenga a questi livelli.

Mi sento quindi in dovere di sostenere ogni iniziativa che tenda, salvaguardando comunque la qualità delle risposte ai bisogni di salute dei cittadini, a riequilibrare i servizi sull'intero territorio regionale, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire la tenuta del sistema.

Riveste pertanto importanza strategica il previsto sviluppo di un sistema di monitoraggio, che da un lato possa consentire la quantificazione dell'inappropriatezza delle attività del servizio sanitario regionale, dall'altro l'introduzione di meccanismi premianti o penalizzanti sulla base delle performance osservate.

Un'ulteriore opportunità di recupero di risorse è rappresentata dalle azioni volte a

ridurre la mobilità passiva, responsabile di un importante flusso in uscita di risorse finanziarie a vantaggio di altri sistemi sanitari regionali, e nei confronti della quale urge mettere in atto ogni forma di riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera. Tale fenomeno nel corso degli anni ha registrato un progressivo decremento del saldo negativo, tuttavia risulta attestato sulla significativa cifra di 26 milioni di euro per il 2010, indicando così la volontà di molti cittadini di esercitare un'opzione assistenziale a vantaggio di strutture sanitarie extra regionali.

La situazione riveste particolare interesse in prossimità del confine sud della regione. Mentre al confine a nord delle Marche le strutture sanitarie dell'Emilia Romagna esercitano un forte, storico e consolidato potere attrattivo dell'utenza marchigiana, tanto da produrre da sole una mobilità negativa per circa 50 milioni di euro. Utenza che seppure possa contare su servizi di riconosciuta eccellenza quali sono quelli erogati in particolare dall'azienda ospedaliera universitaria di Ancona e l'azienda ospedaliera Marche nord, il territorio a sud della regione, confinante con osservati, può incrementare in maniera strategica l'intercettazione di una cospicua domanda di ricovero e di prestazioni specialistiche degli abruzzesi, anche approfittando delle forti criticità che attualmente caratterizzano l'organizzazione sanitaria della regione Abruzzo.

E' giunto il tempo, pertanto, di ridare nuovo vigore al progetto di integrazione funzionale in area vasta tra i due ospedali attualmente in standby, affinché, anche attraverso l'eliminazione delle duplicazioni, si possa disporre di una gamma ampia e differenziata di servizi di qualità, prevedendo la rivitalizzazione in particolare di quelle aree specialistiche che fino ad un recente passato hanno caratterizzato positivamente l'offerta ospedaliera, inoltre sollecitando con forza l'acquisizione di eccellenze in grado di contrastare le più pesanti voci della mobilità passiva che concorrono a penalizzare in maniera critica lo sviluppo delle attività sanitarie.

Sono convinto che un tale assetto possa rappresentare il riferimento di un vasto bacino di utenza, esteso anche all'Abruzzo ed ad altre regioni del meridione. Tale processo di integrazione è propedeutico all'istituzione dell'azienda ospedaliera Marche sud, in coerenza con quanto è stato previsto nell'attuale piano a seguito di mio specifico emendamento, e rappresenta il graduale, per carità, ma doveroso per questa amministrazione, avanzamento di un progetto di sviluppo sanitario sulla falsariga di quello realizzato con successo nel nord della regione. E non ho al momento motivi per dubitare della volontà di seguire il percorso segnato nel piano.

Al riguardo, già domani manderò al protocollo la proposta di legge per l'istituzione dell'azienda ospedaliera Marche sud, che seguirà il suo regolare iter.

Perché questo? Perché la presenza di una gestione aziendale autonoma consente una più facile e rapida attuazione degli investimenti ritenuti più idonei all'integrazione, sia in termini di strutture che di tecnologie e classe dirigente. Nel caso in questione può contare su risorse immobiliari, strumentali e umane già esistenti. E' quindi un'operazione che può essere a sostanziale costo zero e pertanto realizzabile indipendentemente dalla disponibilità di impegnative risorse finanziarie pubbliche.

L'azienda ospedaliera Marche sud, insomma, può e deve costituire un potente elemento di qualificazione dell'assistenza sanitaria nel territorio piceno. Come pure un indiscusso motore di sviluppo economico e sociale, fatto non secondario alla

luce della grave e non più sostenibile crisi occupazionale che affligge, da troppo tempo ormai, la rassegnata comunità picena.

Ed è la stessa comunità picena, signor Presidente, che, tra le poche nelle Marche, ha sostenuto con dignità e senso di responsabilità il processo, avviato già negli anni '80, di riconversione degli ospedali di Offida, Ripatransone e Montefiore. Lo ha fatto in tempi non sospetti, oggi è un argomento attuale, all'epoca era una cosa strana, di cui va appunto dato merito alle amministrazioni di quei territori.

Ed è la stessa comunità picena che soffre da tempo di una minore qualità della risposta ai propri bisogni di salute in conseguenza del trasferimento di una quota sanitaria pro-capite di valore significativamente inferiore alla media regionale, con penalizzazioni che si pagano in termini di tecnologie e professionalità.

Insomma, la comunità picena ha già dato!

**Elisabetta FOSCHI.** Molti che mi hanno preceduto hanno sottolineato come questo piano sia generico; con un nostro emendamento suggeriamo addirittura di cambiargli il titolo. Il Consigliere Busilacchi sottolineava che è generico perché si tratta di un piano di indirizzi, di un piano strategico.

Allora mi chiedo come mai questa Regione lavori in senso opposto. Come mai l'atto che va ad approvare per ultimo è quello che dà indirizzi, quando già c'è stata una delibera di Giunta molto indicativa, la n. 17 dello scorso gennaio, e quando c'è già stata una determina, che è conseguente agli indirizzi di quella delibera – non è che qualcuno si è completamente inventato di testa sua –, la n. 240 del 28 marzo scorso. E sottolineo che quest'ultima determina è sospesa, Presidente Comi, e sospesa a casa mia non vuol dire inesistente o revocata. Le parole ritengo abbiano un loro significato, e io ho solo visto una determina successiva, la n. 347, che sospende la n. 240, non ho visto nient'altro, quindi per me è congelata, non è morta.

Allora vado al timore che ho. Il mio timore è che c'è un modo schizofrenico di legiferare della Regione Marche. E noi oggi andiamo a fare una cornice, per quanto sia evanescente, poco chiara, che magari consente sia l'una che l'altra cosa, però è sostanzialmente una cornice per un quadro già dipinto, ovvero il quadro di quella delibera che richiamavo prima e di quella determina che rimane congelata.

Ecco, vorrei che questo venisse evitato, sia per una questione di metodo ma anche per il merito del contenuto e delle norme.

Il metodo, lo ribadisco, non può essere questo, perché è esattamente rovesciato. Penso sia normale dare gli indirizzi, dopodiché mi pare ovvio che la Giunta possa declinare quegli indirizzi in un atto proprio, ma solo infine mi sembra giusto che un dirigente cerchi di concretizzare quegli indirizzi. Qui abbiamo invece fatto l'opposto.

Ma c'è anche di più, perché se quella determina è congelata è anche vero che nel frattempo non è che si è fermato tutto. Non è che mentre noi decidiamo di non decidere - lo ricordava anche il collega Perazzoli - il mondo si ferma. Mentre noi siamo qui a non decidere c'è qualcuno che va avanti, e, guarda caso, nella direzione della determina n. 240. Dunque non è sicuramente una determina morta, io la vedo attuata ovunque, allora, che si tratti di piccole strutture o di ospedali più grandi, comincio sinceramente a preoccuparmi.

Quindi contesto fortemente il metodo con cui questa Assemblea legislativa sta

trattando il tema della sanità. Come pure contesto il merito. Perché? Perché secondo me questo piano sancisce una differenza sostanziale tra i cittadini di questa regione. Leggendo questo piano oggettivamente ci sono cittadini di serie A e cittadini di serie B.

Io parlerò di anconacentrismo però non perché non ritenga corretto che nel capoluogo di regione ci sia l'azienda ospedaliera più importante, ci sia la risposta alle criticità maggiori, ci sia il riferimento per tutti i cittadini marchigiani, mi va benissimo che ci sia un centro di eccellenza cuore della regione, ritengo infatti che l'anconacentrismo vada ben oltre a questo. Lo squilibrio della provincia di Ancona con le altre province non è determinato soltanto dalla presenza di una grande azienda ospedaliera nel capoluogo, perché io vedo squilibrio anche laddove poi vedo che nella provincia di Ancona c'è un'attenzione, giustissima, al territorio montano, cosa che non vedo nelle altre province.

Allora devo capire come mai per la Regione il cittadino che abita nella zona di Fabriano e dintorni deve avere, giustamente, un presidio nei pressi che gli garantisca di essere curato e soccorso nei tempi giusti, mentre questo principio non vale altrove. L'area montana che si ipotizza per Camerino, infatti, non la si ipotizza per tutte le altre province. Mi chiedo: come mai a quello che abita in un'area montana di un'altra provincia gli si dice che ha una struttura vicina di piccole dimensioni, di pochi posti letto e che non può svolgere le funzioni per acuti, quindi può andare benissimo a oltre 30 chilometri di distanza a farsi curare? Ci sono posti in altre province in area montana con una viabilità decisamente peggiore rispetto a quella di Fabriano.

Allora, mi va bene che ci sia nella provincia di Ancona il riconoscimento di esigenze nell'area costiera e nell'area montana, ma vorrei che questo alla stessa maniera valesse per tutte le province. Invece in questo piano non emerge. E non emerge anche per il numero complessivo dei posti letto per acuti – mi riferisco soprattutto a questi, è da lì che si vede la presenza delle strutture ospedaliere –. C'è dunque un forte scompenso non solo giustificabile, ripeto, con la presenza dell'azienda ospedaliera universitaria.

Questo piano secondo me va a fare da cornice alla determina n. 240, perché segna la fine delle piccole strutture indistintamente, senza differenziare le piccole strutture tra di loro, che possono essere quelle ubicate in area montana o quelle ubicate in zona più vicina a ospedali di rete meglio collegati con essi. Questo piano non fa differenza.

Perché dico questo? Perché in una pagina specifica ove si parla di distribuzione dei posti letto per acuti si dice che vengono destinati agli ospedali di rete, alle aziende ospedaliere e all'Inrca. Quindi, va da sé che tutte le strutture che non sono ospedali di rete, Inrca e aziende ospedaliere non hanno un posto letto per acuti. E a casa mia vuol dire che se nessuna di queste strutture ha un posto letto per acuti diventa lungodegenza, ambulatorio specialistico. Diventa cioè quello che la determina n. 240 diceva. E quello che, scusatemi, smentiva anche l'Assessore quando era uscito il polverone sulla determina n. 240.

Quando la determina n. 240 è stata sospesa, perché forse eravamo in prossimità di elezioni amministrative anche nei Comuni, questo Esecutivo diceva che non era vero, che la determina n. 240 è venuta fuori per caso, non è assolutamente così, tutti gli ospedali minori vengono salvati, anzi, vengono potenziati.

Ecco, cominciamo intanto a parlare chiaro, ai cittadini dobbiamo chiarezza, cosa

vuol dire potenziare un ospedale piccolo?! Se l'eutanasia di un ospedale minore è potenziarlo di lungodegenze, è sempre potenziamento, però va da sé che porterà alla sua chiusura. E questo secondo me non va bene. Vanno distinte le strutture, va esteso lo stesso criterio di riconoscimento delle necessità delle aree montane in tutte le province.

Altro aspetto. Laddove si parla delle aziende ospedaliere – cerco di declinare i contenuti di questo piano sulla realtà della mia provincia – io mi chiedo come mai su Ancona si indichi esplicitamente che lì ci va l'implementazione delle alte specialità - ci mancherebbe, è un'azienda ospedaliera - poi se guardo l'azienda ospedaliera Marche Nord, dove si prevede anche la struttura unica nuova, vedo che questa servirà per la copertura del bisogno di cure e assistenza a livello minimo di area vasta. Beh, se l'azienda ospedaliera deve fare questo allora ha ragione il Consigliere Busilacchi, evitiamo di fare nuove aziende ospedaliere perché questo è compito di un ospedale.

Io voglio che l'azienda ospedaliera di Pesaro, dal momento che è stata istituita, abbia quelle caratteristiche, quelle eccellenze, quelle specialità che competono a un'azienda, e non perché ce lo inventiamo noi ma perché c'è un decreto che lo dice.

Quindi qui il piano va corretto.

Ospedali di rete. Mi chiedo come mai gli ospedali di rete della mia provincia e quello di Urbino, mentre in una fase precedente del piano si parlava di integrazione di servizi con la rispettiva azienda o struttura del nodo provinciale Adriatico – quindi mi immagino un'integrazione di servizi con la struttura che apriamo tra Pesaro e Fano –, adesso nella formula nuova c'è l'integrazione dei servizi rispetto alle strutture di riferimento sovra provinciali. Cioè, l'ospedale di rete di Urbino con chi deve integrarsi? Con Ancona? Che cos'è la struttura sovra provinciale?

Ecco, penso sia più opportuno riportare il testo così come veniva indicato prima. Vado inoltre alle cosiddette piccole strutture, strutture che svolgono un ruolo importantissimo. Chiedo che vengano differenziate. Chiedo che quelle effettivamente lontane dagli ospedali di rete, così come vale per Fabriano, quelle che costituiscono una risposta essenziale e non toglibile per i cittadini, vadano potenziate. Ma non nel senso che gli diamo posti di lungodegenza bensì che abbiano i posti per acuti; anche perché nella nostra provincia abbiamo il 2 per mille dei posti letto per acuti. E guardo lei, Assessore, 2 per mille! Siamo ai livelli di Fermo, è la provincia con meno posti acuti in tutta la regione.

Ecco, penso che qualche posto per acuti in più possa essere lasciato in quelle strutture piccole troppo lontane dagli ospedali di rete, altrimenti non potranno garantire la risposta all'emergenza così come un cittadino dovrebbe avere.

**Mirco RICCI.** Dopo le relazioni di maggioranza e di opposizione, ampie e complete, aggiungere altre cose non è semplice.

Questo piano è un ponderoso atto amministrativo di 300 pagine. Credo sia chiara la mano di indirizzo politico della Giunta e dell'Assessore, ma anche la mano sapiente dei tecnici, di coloro che conoscono e che sanno leggere approfonditamente la sanità delle Marche, a partire dal dott. Ruta e il suo staff. E' un documento ponderoso, è un atto amministrativo, è un documento di indirizzi, è un documento che non risponde ad alcune questioni, come quelle strutturali,

della rete ospedaliera, ma indubbiamente in grado, secondo me, di far compiere un altro passo in avanti rispetto al tema centrale della sanità, la salute.

I marchigiani hanno chiara quale sia la misura dell'appropriatezza - dato che si usa questo termine, ma penso sia anche appropriato -, la qualità dei servizi loro erogati. È una misura che i marchigiani conoscono bene. Peraltro è anche tradotta dai dati nazionali. Le Marche sono fra le prime regioni d'Italia per tante eccellenze, a partire dal bilancio in pareggio, ma gli indicatori che le collocano al vertice del sistema sanitario nazionale sono tanti altri.

E questo piano socio-sanitario, un sistema integrato che fa perno su un sistema ospedaliero di rete nei vari territori, credo possa ancora accrescere la misura della qualità dei servizi e dell'appropriatezza dell'offerta di salute per i marchigiani. C'è una parte qui dentro di cui si è parlato poco, quella dell'integrazione socio-sanitaria, che in un piano come questo è un aspetto centrale. Anzi, è anche la cifra di una maggioranza di centro-sinistra, che accanto ad una riproduzione del welfare, vissuto attraverso la rete degli enti locali, la concertazione, il confronto, ha introdotto anche una forma laica di sussidiarietà con la famiglia.

Tutti aspetti ed esperienze nuove che vanno sottolineate.

Tra l'altro alcuni temi sono partiti. La psichiatria, l'handicap, le tossicodipendenze, la non autosufficienza, i problemi legati alla materno-infantile, sono elementi di legame fra sanitario e sociale che hanno già preso il via. E che sicuramente vanno tradotti meglio da un punto di vista organizzativo. La 328 va applicata in pieno per capire bene fra ambiti e distretti quali saranno le funzioni.

Come pure è partita l'integrazione socio-sanitaria su questi temi, e dovrà andare avanti anche su altri.

Ma il segno è anche qui indicatore di come questo piano socio-sanitario, che peraltro è triennale e quindi verrà aggiornato, potrà funzionare.

Sempre per usare le formule - le riprendo perché è una materia complessa della quale è difficile impadronirsi in fretta, non è semplice parlare di questo e poi parlare magari del piano casa o di urbanistica -, ossia, quando si parla di appropriatezza delle prestazioni, io questo concetto cerco di capirlo fino in fondo, altrimenti non diciamo la verità ai marchigiani.

Rispetto agli ospedali di polo, di rete, alle reti cliniche, l'appropriatezza delle prestazioni, se non ho capito male, è direttamente proporzionale al tipo di patologie. E' banale, scontato, ma ti do una cura appropriata per quel tipo di patologia. Allora vuol dire che le patologie, per poter fare in modo che siano affrontate in forma di eccellenza, devono far riferimento alle masse critiche relative, altrimenti non dai nessuna appropriatezza di prestazione.

Questo significa che se si vuole essere in grado di garantire una cura appropriata, un servizio appropriato, una prestazione appropriata, si devono mettere insieme questi due aspetti: appropriatezza riferita alle patologie specifiche e massa critica per quella patologia. Altrimenti non aumentiamo la misura della qualità delle prestazioni sanitarie, anzi, rimaniamo al di sotto.

Insomma, non si può avere il meglio su tutto e dappertutto, non diremo la verità ai nostri cittadini, diremo una cosa sbagliata.

Quando discuteremo della futura organizzazione degli ospedali minori questo è un tema centrale. E' chiaro che non si può fare, anche qui, granata para, ogni luogo ha la sua struttura, va visto anche per le sue particolarità e peculiarità, è evidente che sia così, i posti per acuti o prestazioni legate alla non autosufficienza, quello si

vedrà, però se siamo onesti dobbiamo capire che in fondo il nodo centrale è questo.

Certamente bisogna avere anche un po' di coraggio, perché dire che quella piccola struttura sopravvive o non sopravvive per ognuno di noi ha a che fare con il consenso, con la visibilità locale. Ecco, togliamo quella parte dal dibattito sulla salute, Consigliere Marinelli, lo diceva lei, è trasversale, ha a che fare con la nostra salute. Dimentichiamo per un momento tutto ciò che ha a che fare con la sfera del consenso e con la sfera politica, garantiamo invece i nostri cittadini. Non è facile, è un percorso molto complicato.

Anch'io mi aspettavo, lo dico anche con una punta di polemica come hanno fatto altri prima di me, che nella nuova organizzazione che ci siamo dati con la legge precedente le aree vaste fossero qualcosa di più compiuto rispetto a ciò che vedo. Pensavo per esempio che all'area vasta potesse non arrivare alla personalità giuridica ma certo a una qualche autonomia maggiore al fine di declinare il sistema organizzativo, l'integrazione socio-sanitaria. Non c'è, non è un problema, mi convince lo stesso l'insieme del piano socio-sanitario, ma sottolineo un qualche cosa che ancora fino in fondo non ho visto definirsi. Il tempo poi darà spazio magari ad ulteriori dibattiti.

Mentre altri temi nel piano li riconosco pienamente, la concertazione garantita con le parti sociali, con gli enti locali, il tema dell'equità, il tema della sostenibilità economica e finanziaria; fatto salvo che anche su questo tema dobbiamo continuare a risparmiare, a superare diseconomie, continuare sul tema di come gestire al meglio le risorse, che per adesso sono quelle che conoscete, che garantiscono il pareggio di bilancio della sanità, ma che da qui a qualche mese probabilmente vi dovremo ripensare ulteriormente.

Insomma, complessivamente mi pare che gli indirizzi e gli obiettivi contenuti in questo piano socio-sanitario siano condivisibili, vanno nella direzione che auspicavamo, cioè quella di continuare a crescere in qualità e prestazioni di offerta sanitaria, riportare cioè ancora più avanti le Marche nel panorama nazionale, seppure siamo già a un livello di eccellenza.

**Francesco ACQUAROLI.** Innanzitutto vorrei far notare che questo piano arriva dopo una discussione molto ampia e lunga, svoltasi in Commissione e apparsa sui giornali, ove l'atteggiamento del nostro *Gruppo Popolo della Libertà* non è stato mai demagogico, è stato sempre costruttivo e sempre disponibile ad un confronto serio per capire veramente fino in fondo le retro intenzioni del piano, che si sono trapelate fin da subito proprio perché non si sono mai avute certezze. Un concetto che fa preoccupare i territori, i sindaci e appunto il nostro Gruppo.

Siamo preoccupati perché stiamo parlando di un settore, la sanità e il sociale, che in questo momento è nevralgico. Lo è sia per il costo e le risorse pubbliche che vengono investite, sia per il servizio che si deve dare ad una popolazione sempre più longeva, a una popolazione che ha comunque l'esigenza di vedere vicine le istituzioni sanitarie e in modo particolare quelle sociali.

Questo piano prevede uno stravolgimento di quell'assetto che si era creato nel territorio, negli ospedali, quell'assetto che si era creato nella cura dei pazienti, nell'affrontare quella rete consolidatasi con l'esperienza dei vari anni e con le esperienze che si sono susseguite fino al 2003 con l'invenzione dell'Asur.

La rete che finora c'era poteva anche essere dispendiosa, difficile da sostenere

considerati i momenti di crisi in atto, ma sicuramente era una rete che garantiva ai cittadini delle certezze come pure servizi accettabili.

Oggi invece vediamo davanti a noi una strategia di precarietà. Oggi a fronte di quel modello, che seppur criticabile comunque garantiva, abbiamo davanti solo una coltre di nebbia.

Ecco, la nostra nostra preoccupazione è proprio questa, ossia quella di non avere certezze. Inoltre temiamo che in questa farraginoso discussione e in tutto quello che avverrà sui territori si compromettano quelle eccellenze che si sono determinate da sole. Rischiamo cioè di compromettere tutte quelle esperienze che si sono create con lo sforzo di tante professionalità, con l'impegno di tante amministrazioni e di tanti territori che hanno concentrato tutte le risorse nel mantenimento della sanità locale, al fine anche di mantenere una ricchezza che andava oltre il servizio stesso e che significava appunto conservare il territorio e l'assetto complessivo economico e sociale.

Pertanto tutti questi nostri timori ci portano a chiedere una riflessione più profonda. Infatti anche attraverso alcuni emendamenti chiediamo una discussione futura in Aula delle scelte che coinvolgono inesorabilmente il futuro di ognuno di noi e dei nostri territori.

Poc'anzi parlavo della valorizzazione delle peculiarità e delle esperienze passate. Sicuramente la nostra assenza di demagogia si basa sul fatto che siamo tutti consapevoli delle difficoltà del momento, tutti sappiamo che bisogna risparmiare. Per cui, sì risparmiare, sì trasformare, però non possiamo nascondere il risparmio e la trasformazione e poi magari cercare di fare un utilizzo politico e territoriale dello strumento socio-sanitario.

Questo noi lo combatteremo non solo oggi ma da oggi in poi. E' impensabile che in questa società si tolgano.....(interruzione registrazione).....sanità non rappresenta solo sull'aspetto di servizio, ma è anche un aspetto economico importante che non può essere lasciato a qualche parte del territorio regionale, che cioè per arricchire una parte se ne indebolisce un'altra.

Il concetto della perequazione, uno dei primi individuati nel piano, noi lo vogliamo rispettare non solo nelle enunciazioni ma realmente nei fatti.

Vorrei fare ora un piccolo accenno alla mia provincia di Macerata. Riguardo la ristrutturazione degli ospedali di Recanati, Cingoli, San Severino, Camerino abbiamo delle preoccupazioni fondate. Temiamo fortemente uno schiacciamento tra il sud di Ancona e il nord della provincia di Fermo. Temiamo che la zona costiera, la più popolosa della nostra provincia, venga fortemente penalizzata, come pure venga penalizzato tutto l'indotto. Non vogliamo avere una sanità di serie B, non possiamo accettarlo.

Temiamo che la centralizzazione delle strutture in una struttura unica provinciale possa danneggiare pesantemente le eccellenze create e quindi non garantire la creazione dei servizi, che se non filtrati porterebbero una massa di persone a rivolgersi in una unica struttura, provocando così, secondo noi, dei disservizi.

Quindi anche la centralizzazione deve essere fatta con calma, non può essere imposta, non si possono costringere dei territori ad andare contro la loro cultura, contro le loro usanze e tradizioni, ad andare per forza presso strutture che sono contro la natura stessa del territorio.

Le eccellenze devono essere frutto di esperienze e di risultati che si costruiscono insieme e non frutto di imposizioni.

E' per questo che riteniamo che la famosa area montana tanto accennata in questi mesi, l'area montana che sarebbe dovuta partire da Camerino per terminare a Matelica, sia innaturale. E che sia anche una negazione della scelta delle cinque aree vaste. Sarebbe infatti la creazione di un'area vasta del tutto particolare, che magari potrebbe creare un baricentro montano su Fabriano, però spezzando ulteriormente proprio l'area vasta di Macerata, creando addirittura Macerata centro e poi un'area vasta della montagna. Cosicché la zona costiera, la più popolosa, verrebbe indebolita dal sud di Ancona e dal nord di Fermo.

Sono dunque questi i nostri timori, tutti timori che non ci possono lasciare indifferenti, essi riguardano la vita, la quotidianità, le esigenze di ogni singolo cittadino. Esigenze, però, che dovevano essere chiarite prima del voto di questo piano socio-sanitario, non dopo, delegando tutto alla Giunta. Giunta che ha tutta la nostra pazienza e la nostra fiducia, credo però che delegare questi argomenti ad un organo di governo sia un atto di fiducia che non ci possiamo permettere, Presidente.

E' per questo che chiediamo un ulteriore confronto e un'ulteriore chiarezza. L'argomento che trattiamo ha sicuramente bisogno di chiarezza e di trasparenza. Anche perché in questo momento sono proprio le istituzioni che devono dare il buon esempio, lo devono dare a una cittadinanza che soprattutto in un settore come questo ci guarda con attenzione.

**Paola GIORGI.** Innanzitutto voglio dire che condivido e quindi sottoscrivo l'intervento del mio Capogruppo Eusebi. Con il mio intervento intendo evidenziare alcuni punti che secondo me nel piano sono qualificanti, dopodochè entrerà un po' più nel merito di altre questioni.

Questo piano socio-sanitario per la prima volta presenta il potenziamento di una delle reti più importanti, la neuropsichiatria infantile, con la creazione di una struttura che possa garantire continuità tra gli interventi ospedalieri e gli interventi territoriali.

Vorrei rilevare che i disturbi neurologici, neuropsicologici e psichiatrici dell'età evolutiva sono in continuo aumento, stanno assumendo caratteri di emergenza. Quindi l'inserimento di questa rete, a mio avviso, è veramente uno dei punti qualificanti di questo piano, è importante.

Così come importante è tutta la parte relativa ai disturbi di apprendimento, i Dsa. Tali disturbi si presentano in soggetti (soprattutto sono i ragazzini a soffrire di questa difficoltà) che hanno delle capacità di apprendimento differenti dalla normalità. Quindi come tali possono essere tranquillamente affrontati mettendo a disposizione di questi soggetti degli strumenti compensativi che riescano ad azzerare le difficoltà. Ma è chiaro che per poter mettere in campo strumenti compensativi occorre prima fare la diagnosi che appunto evidenzia eventualmente il disturbo. Ecco, è proprio su questo punto che bisogna intervenire, la diagnosi precoce.

Ho visto che sul piano, Presidente Comi, c'è la volontà di lavorare in questa direzione ad una legge regionale, che risponda alla legge nazionale n. 170. Però al Presidente Comi vorrei fare anche una preghiera, ossia che in fase di attuazione di questa legge – ne parleremo comunque in Commissione – si tenga conto di quanto dicono le famiglie dei ragazzi affetti da Dsa - famiglie che molte volte si

presentano anche in forma associata, vista proprio l'attuale carenza di risposte -, e soprattutto dei professionisti del settore, i neuropsichiatri infantili.

Insomma, si può dare una risposta risolutiva a questo problema creando una rete territoriale veramente minima. Sono disturbi molto molto frequenti che quindi debbono e possono essere assolutamente risolti.

Un'altra questione che voglio evidenziare di questo piano, anche se in merito ci sono state delle polemiche soprattutto da parte dei sindacati, è il fatto di aver inserito nella parte sociale del piano, negli interventi a favore della famiglia, ma soprattutto a favore delle donne che comunque nella nostra società rappresentano ancora un punto debole, il riconoscimento di forme di asili a mio avviso molto più dinamiche, si parla infatti di asili familiari, i famosi tagesmutter, e di agri-nido.

Ecco, ci sono state polemiche secondo me sterili. Dobbiamo cioè entrare nell'idea che alle esigenze bisogna dare delle risposte dinamiche. C'è un dato della Cisl del 2010 che dice addirittura che solo nelle Marche circa 1.000 donne hanno abbandonato in maniera "volontaria" il lavoro proprio perché non c'erano forme di assistenza sociale. Pertanto queste forme dinamiche sono delle risposte che dobbiamo tenere in assoluta considerazione. Forme che nei paesi del nord Europa sono presenti da oltre quarant'anni, e non mi sembra che siano paesi carenti in civiltà o forme di assistenza sociali, anzi, essi hanno delle esperienze alle quali dobbiamo guardare con impegno e interesse e soprattutto recepirne le positività.

Nel piano si fa riferimento a queste forme di assistenza (asili domiciliari e agri-nido) inserendole nella legge regionale che parla della gestione dei servizi per l'infanzia, la legge 9/2003.

A tal proposito voglio ricordare, sempre al Presidente Comi, che è giacente in V commissione da giugno, quindi da diversi mesi, una proposta di legge, a firma Giorgi e Eusebi, che va proprio in questa direzione. Mi piace che questa cosa sia inserita nel piano, ma comunque c'era già una risposta ferma lì da tempo. Chiedo pertanto di accelerare l'iter di questa proposta di legge che, ripeto, va proprio nella direzione che insieme abbiamo individuato.

Vado ad un ultimo punto, ma non ultimo per importanza. In questo piano viene dato rilievo per la prima volta e in maniera strutturale, attraverso il riconoscimento di un intervento anche qui omogeneo fra l'ospedale e territorio, ai disturbi dell'alimentazione. A mio avviso è una cosa molto importante, e quando dico a mio avviso lo dico come persona che per circa dieci anni della sua vita ha convissuto con l'anoressia.

L'anoressia è una malattia diffusissima nella nostra società, però purtroppo è una malattia molto nascosta, è molto difficile parlarne, è molto difficile dire di esserne affetti. Circa quindici giorni fa è stato inaugurato ad Ancona un centro che intende affrontare la tematica dal punto di vista psicologico. E questo è fondamentale. L'anoressia, infatti, è la patologia di una malattia, la malattia è un'altra, è quella dell'anima, quella neurologica, psichiatrica.

Quindi gli interventi, così come vengono scritti nel nostro piano socio-sanitario, devono essere a 360 gradi. E questo ritengo sia un altro dei punti qualificanti, perché in questo piano, appunto, vengono portate in evidenza nuove forme di assistenza, nuove risposte a vere e proprie malattie che fino ad oggi non erano considerate tali.

**Moreno PIERONI.** Nella giornata di oggi il dibattito è stato sicuramente approfondito. I Consiglieri che sono intervenuti hanno focalizzato tutte le problematiche che nella sanità marchigiana devono essere sollevate all'attenzione del cittadino.

Questo piano ha avuto un iter non semplice, un iter che, grazie all'impegno del Presidente Comi e della Commissione tutta, ha visto il coinvolgimento, già da più di un anno e mezzo, di tutte le realtà territoriali della regione, istituzioni e realtà sanitarie.

Dunque è un piano che ha avuto una elaborazione non semplice, che certamente non è dovuta soltanto alle problematiche legate alla situazione del nostro modello sanitario. Anche perché la sanità marchigiana, non per detta della Giunta ma per quelle indicazioni che arrivano dai vertici nazionali, è sicuramente di buon livello, è un modello che dà garanzie in tutto il territorio marchigiano. Quindi oggi stiamo discutendo di un piano socio-sanitario che ha tenuto conto di tutta una serie di valutazioni e sfaccettature sanitarie.

Di questo piano socio-sanitario voglio anche rimarcare la grande profondità dal punto di vista sociale, che grazie all'impegno del Presidente e in particolar modo dell'Assessore Marconi riusciamo a integrare in maniera sostanziale con la sanità. L'integrazione socio-sanitaria è indispensabile, non possiamo staccare, anche se lo è dal punto di vista economico, dal punto di vista sostanziale le iniziative che riguardano, ad esempio, il finanziamento e lo sviluppo dei Coser, il finanziamento e la crescita nel nostro territorio delle residenze sanitarie assistite, che hanno sì una valenza sanitaria ma molto si intreccia con il sociale.

Altra cosa che ritengo importante è aver dato il giusto riconoscimento – non so se per la prima volta ma in questo piano viene riportato – alla famiglia, di cui vengono toccati aspetti importanti. Oggi, ancor più di ieri, e lo sarà sempre più, la famiglia deve essere al centro dell'elaborazione di tutte le iniziative che riguardano la sanità, come in questo caso, ma anche gli altri settori, dall'economia a quant'altro. E' intorno alla famiglia che bisogna sempre più costruire quei valori che sono fondamentali per lo sviluppo della nostra economia, della nostra sanità, e naturalmente non soltanto della regione Marche.

Questo piano socio-sanitario dà sicuramente delle opportunità da nord a sud, è un piano che dà gli indirizzi e individua un percorso sanitario per alcune realtà territoriali delle Marche, ma che a mio avviso deve tenere conto di tutte le situazioni esistenti nel territorio, degli impegni presi dalla Giunta regionale, dal Presidente in primis, dall'Assessore Mezzolani, impegni che riguardano tutti i territori.

Personalmente ho voluto porre l'attenzione, oltre che su aspetti sociali e sanitari, sulla realtà di un'area molto importante per questo tessuto socio economico e sanitario, cioè la vallata del Musone e dell'Aspio, per la quale è stato già avviato un percorso con la neo costruenda struttura ospedaliera Inrca, e rete, mi auguro, ma questo lo vedremo dagli emendamenti presentati.

Le strutture attualmente esistenti sono importanti, non soltanto per dare respiro alla sanità di questi territori, ma anche perché essendo molto vicine all'eccellenza marchigiana dell'azienda di Torrette possono essere utilizzate, a beneficio dei cittadini, per poter avere una tempistica minore, e quindi una riduzione delle liste d'attesa, come pure una qualità sanitaria che permetta di sgravare l'ospedale

Torrette di tutti quegli interventi medio piccoli che andrebbero ad intasare le sale operatorie.

In questo piano credo sia giusto riportare l'attenzione anche sugli ospedali limitrofi, mi riferisco a quello di Chiaravalle, Osimo, Loreto e anche Recanati seppure stia su un'area vasta, tutte strutture molto vicine a Torrette. Invito veramente la Giunta e l'Assessore a tenerne conto.

Insieme ad altri Consiglieri ho presentato degli emendamenti che non sono il mantenimento di posizioni campanilistiche bensì il rispetto di una popolazione di 100 mila abitanti. Sono convinto, lo dico con grande serenità, che questi emendamenti, vista la consapevolezza e la saggezza dei Consiglieri regionali, verranno votati con grande chiarezza, con grande franchezza.

E' dunque un piano socio-sanitario che ha cercato di tenere conto di tutte le sfaccettature.

Voglio inoltre aggiungere, per esperienza diretta, che dovremmo sempre più potenziare l'Ati (assistenza domiciliare integrata). Non è pensabile che in alcune realtà territoriali vi siano pochissimi infermieri sul territorio che possano garantire assistenza a chi ne ha bisogno presso la propria abitazione, in particolar modo gli anziani. Se riuscissimo a potenziare questo tipo di servizio sicuramente raggiungeremmo un duplice obiettivo, ossia, sgravare le strutture (le Rsa e quant'altro) dai potenziali ospiti e contemporaneamente ridurre i costi della politica sanitaria.

Riguardo la votazione sull'atto mi riserverò di valutarla una volta definiti anche gli emendamenti da me presentati.

**Luca MARCONI.** Ringrazio i Consiglieri intervenuti e in modo particolare quelli che a vario titolo si sono interessati della parte socio-sanitaria e sociale di questo piano. In verità in Aula su 230-240 emendamenti ne giungono appena 10 che riguardano questi due capitoli. Un dato sicuramente non di disattenzione bensì frutto di un lavoro di confronto, di mediazione, neanche troppo difficile, che ci ha portato in una seduta di Commissione – presenti anche diversi Capigruppo – a scrivere proprio in quella sede gli emendamenti. Quindi ringrazio il Presidente Comi per l'attenzione dedicata a questa piccola parte del piano. Riconosco anche che gli abbiamo sollevato un po' il lavoro, nel senso che non ci sono stati movimenti di emendamenti tra partiti, Commissioni e Giunta, ma appunto per questa parte li abbiamo scritti, almeno quelli più significativi, e quindi inseriti immediatamente nell'ultima stesura del piano.

Vorrei intanto riprendere alcuni aspetti fondamentali, le risposte le darò invece nella seconda parte di questo mio intervento.

Dalla discussione, colleghi Consiglieri, emerge un dato abbastanza significativo. Se è vero come è vero che a fronte delle riduzioni complessive dei trasferimenti statali e della inevitabile necessità di alcuni tagli, la spesa socio-sanitaria probabilmente – lo leggeremo meglio da lunedì prossimo – passa dal tradizionale 75-80% a sfiorare il 90%. In pratica noi oggi, seppur a grandi linee, seppur nelle cornici, come è stato detto dai Consiglieri di opposizione, seppur non in maniera definitiva - ma sicuramente abbiamo parlato, perché o abbiamo detto sciocchezze in questo tempo oppure abbiamo fatto ragionamenti che poi nel corso dei tre anni del piano si tradurranno in provvedimenti di Giunta, ma soprattutto in scelte operative di natura economica e finanziaria -, stiamo sostanzialmente discutendo della quasi

totalità del bilancio regionale. Stiamo cioè parlando di una parte consistente, diciamo il secondo bilancio dopo quello della sanità, ossia del bilancio socio-sanitario e sociale, che è un bilancio che estende la sua competenza al di fuori dello stanziamento regionale. Se è vero come è vero che la Regione nel sociale in senso stretto e nel socio-sanitario investe circa 120 milioni, a questi dobbiamo aggiungerne almeno altri 180 che sono i soldi che spendono i Comuni. Quindi la parte del sociale e socio-sanitario nella nostra regione vale 300 milioni.

Dico questo dato perché nella nuova organizzazione che ci siamo dati con la legge che istituisce il dipartimento per la salute e i servizi sociali, la legge n. 13 riformata con la legge n. 17 – due numeri anche emblematici, portano bene o portano male a seconda della scaramanzia che ognuno segue –, non possiamo certo considerare questo settore come tutto nostro, come invece consideriamo come tutto nostro il settore della sanità; seppure, con la partecipazione prevista nelle assemblee di aree vaste, quindi con i Comuni, in questo settore non si tratta di una semplice partecipazione, ma dobbiamo avere un'attenzione particolare per quello che riguarda il rapporto con le autonomie locali, che nelle Marche – e non è una battuta – spesso sono percepite come delle vere e proprie repubbliche. In questi ultimi sette-otto anni, attraverso lo strumento degli ambiti territoriali sociali, è cresciuta un po' di più quella certa mentalità dell'integrazione tra i Comuni. Che sarà favorita dalla legge che è all'ordine del giorno, che applicando la disposizione nazionale porterà alle unioni dei comuni e alle associazioni dei servizi comunali. Ma stiamo ancora su numeri molto bassi, poche migliaia di abitanti. L'ambito territoriale sociale – sono 23 in tutta la regione – disegna dei confini che vanno dall'ambito di Ancona, che corrisponde sostanzialmente alla città capoluogo di regione, ad ambiti molto più piccoli dell'area montana che però hanno territori molto vasti.

Ecco, questa complessità non deve spaventare, ma non deve neanche innescare quella mentalità un po' diffusa in questi ultimi tempi, cioè che concentrando, ammuccchiando, tutti i problemi si risolvono e per di più si risparmia. Non è sempre vero.

Colleghi Consiglieri, io in questo anno e mezzo ho operato con grande pazienza e con un dialogo stretto e rispettoso delle comunità locali, e credo interpretando anche la vostra volontà, se è vero come è vero che questa linea è accettata, è benvoluta, è accolta da tutti i sindaci, da tutte le amministrazioni di qualsiasi colore. Ed io su questo – non parlo di bipartisan o tripartisan che sono parole che non riconosco – riconosco un ruolo istituzionale che la Regione Marche sta portando avanti con intelligenza e umiltà e che trova un riscontro sul territorio. Almeno per questo settore c'è pace fra gli ulivi.

Il problema è come andiamo a riorganizzarci, che è la prima cosa che pone il piano, riguardo al nostro futuro.

Sul piano territoriale la legge regionale n. 17 prevede 13 distretti e 23 ambiti. Vorremmo accompagnare questo processo attraverso sistemi di incentivazione che sono qui previsti, attraverso la costituzione di aziende intercomunali, aziende pubbliche di servizi alla persona, senza forzature, affinché si arrivi progressivamente, in un altro balzo di intensità, verso una definizione paritaria distretti-ambiti territoriali. Sapendo che in tutte le realtà questo non sarà particolarmente facile da realizzare, mentre in alcune è spontaneamente avvenuto. Ad esempio i due ambiti montani corrispondenti a due Comunità

montane della provincia di Macerata, Camerino e San Severino, hanno non solo unificato le loro politiche ma addirittura hanno un unico coordinatore. Di fatto sono due ambiti nella stessa zona che si sono messi insieme. E lo stesso coordinatore si occupa anche di un'altra Comunità montana. Inoltre la zona di Jesi ha costituito un'azienda che raccoglie non solo un coordinamento ma addirittura la gestione dei servizi – si sta definendo –. In provincia di Macerata i due ex distretti di Recanati e Civitanova sono un unico distretto e un unico ambito territoriale.

Tutti processi in atto. Sono cose che stanno avvenendo con un'accelerazione che intendiamo favorire. Però sempre guardando non a un'ideologia strutturale che vogliamo imporre perché ci piace così o perché a tavolino con i nostri tecnici o fra di noi in Commissione e in Giunta abbiamo ritenuto la cosa migliore, ma perché sperimentando sul territorio abbiamo visto che per la massa di soldi che mette in circolazione la complessità del socio-sanitario il sociale è superiore al sanitario. Il sanitario alla fine può essere semplificato in tre o quattro grandi settori di spesa, mentre sul sociale l'articolazione è enorme, perché esso va incontro al soddisfacimento di esigenze che a volte sono quasi personali o poco più che personali. E questo i sindaci e soprattutto i comuni piccoli e medi lo sanno benissimo.

Vorrei un po' enfatizzare quei dati che il Presidente Comi ha presentato e che abbiamo già pubblicato e fatto conoscere in diverse parti della regione, ossia il fatto che la tenuta dei nostri conti della sanità è anche la tenuta dei nostri conti sul sociale. La cosa va di pari passo. Poi possiamo discutere quanto vogliamo sul fatto che 2 miliardi e 750 mila euro della sanità siano spesi meglio o peggio, questo è un problema sul quale giustamente ogni Consigliere ha detto la sua e l'ha detta anche in maniera passionale e accesa, ma resta il dato di fatto che siamo forse l'unica Regione ad avere il conto in pareggio; la Lombardia sembra debba mettere già dal 2012 qualche cosa di suo nella sanità, mentre noi, caro Consigliere Trenta, stiamo dentro i trasferimenti nazionali. Non solo, dentro il trasferimento nazionale noi riusciamo ad impiegare ben 60 milioni – le ricordo quello che citava prima il Consigliere Comi – per l'integrazione socio-sanitaria.

Esattamente spendiamo 44 milioni dal 2012 a regime per 3.400 anziani non autosufficienti nelle residenze protette, con un assegno della Regione Marche di 1.000 euro al mese. Facendo le dovute moltiplicazioni il risultato dovrebbe essere quello. Spendiamo 12 milioni e mezzo per la disabilità, e parliamo soprattutto di residenze semiresidenzialità per disabili, e 2 milioni e mezzo per le dipendenze. La cifra per la non autosufficienza è rimasta invariata, la cifra per le dipendenze è rimasta invariata, invece per quanto riguarda la disabilità la nostra previsione per il 2012 è di un aumento di 2 milioni e mezzo nella parte sanitaria.

Inoltre, completando il quadro delle comunità residenziali per la cura e la riabilitazione, le cosiddette Coser chiudono questa situazione, riequilibrando anche, lo dico per chi ha parlato a lungo di riequilibrio territoriale. Una situazione che non era determinata secondo me – ero partito all'opposizione quindi cerco di giudicare le cose in maniera più oggettiva possibile – dalla cattiva volontà della Regione di fare più a nord che al sud, ma semplicemente, siccome queste strutture vengono proposte dai territori, perché erano arrivate negli anni più proposte dal nord, Pesaro in testa, che dal sud. In quest'ultimo tempo le proposte sono finalmente arrivate anche dalle province di Macerata, Fermo e Ascoli

Piceno, e quelle richieste, con un ulteriore utilizzo dei fondi della sanità, vengono coperte.

Quindi dico soltanto, e non per spezzare una lancia a favore della sanità, che i conti in ordine alla sanità sono anche i conti in ordine del sociale, che può così mantenere per il 2012 la stessa spesa storica del 2010 – l'abbiamo mantenuta nel 2011, la manteniamo nel 2012 -, garantendo la copertura di tutti i trasferimenti che assegnavamo ai Comuni delle Marche. Noi trasferiamo complessivamente circa 50 milioni ai Comuni. Anche qui a dimostrazione del fatto che sul totale di poco più di 68 milioni (togliendo la parte sanitaria rimangono 55 milioni) i soldi che la Regione Marche gestisce in proprio come ente, cioè attraverso bandi da se stessa erogati, sono neanche l'undicesimo dell'intera spesa. Il resto va tutto ai Comuni a sostegno delle politiche che gli stessi fanno insieme alla Regione su quattro sostanziali settori.

Questo è contenuto nel piano ed è contenuta una previsione molto concreta, è una linea di indirizzo che ci diamo. Se il piano non disegnasse linee di indirizzo non servirebbe a niente.

La linea di indirizzo è che data la scomparsa del fondo unico nazionale per le politiche sociali, che ammontava a più di 40 milioni nel passato ed è sceso a 4 milioni e 700 mila euro - una cifra che non possiamo prendere più neanche in considerazione, perché distribuirla su tutto il territorio regionale significherebbe far giungere briciole ai nostri piccoli Comuni -, abbiamo voluto fare una scelta ben precisa, non fare un taglio che riguardasse indistintamente tutti i bilanci bensì una scelta verso le politiche di settore.

E abbiamo detto, lo scriviamo nel piano, quali sono le priorità: la disabilità, per la quale spendiamo quasi 26 milioni, la non autosufficienza per la quale spendiamo 9 milioni di sociale e 44 milioni di sanitario, totale 53 milioni, l'infanzia per la quale spendiamo 13 milioni, e poi giù giù interventi meno significativi da un punto di vista di bilancio ma ugualmente importanti, penso per tutti alla famiglia - e lo dico con un pizzico di orgoglio come neo assessore alle politiche di sostegno per la famiglia - per la quale ho trovato (legge 30/1998) un finanziamento di 1 milione e 140 mila euro che con il 2012 sale a 3 milioni.

E' per dire che in qualche maniera in questa operazione si è tentato, per quanto è stato possibile, un riequilibrio dei vari fondi.

Sempre sugli interventi di carattere generale devo dire anche, perché è stata una grande preoccupazione soprattutto da parte dei Comuni, che la creazione del dipartimento salute e servizi sociali non sta producendo quella sorta di fagocitazione del sanitario sul sociale. E non è un problema di natura tecnica bensì una questione di natura politica. Se la politica, in questo caso la Giunta e l'Assemblea legislativa, si assumono la responsabilità e fanno le scelte, poi le scelte sono quelle che troviamo qui. Quindi fagocitazione significherebbe che con il passare del tempo abbiamo meno fondi per il sociale e più per la sanità. E' chiaro che tendenzialmente non basta mai, tendenzialmente la spesa è sempre in espansione, ma abbiamo dimostrato che contenendo, per quello che è possibile, la spesa della sanità e lasciando quote significative per il sociale, queste possono addirittura aumentare, anzi, dico paradossalmente, addirittura far risparmiare. Sottolineo qui gli interventi dei Consiglieri Pieroni, Giorgi e Romagnoli che hanno richiamato, direi molto opportunamente, li ringrazio, l'aspetto fondamentale del ruolo della famiglia. Al Consigliere Binci e altri intervenuti su questo argomento

dico che da parte della Regione non c'è nessuna volontà ideologica, perché, di affermare che cosa?! Se un impegno ulteriore per la famiglia significava smantellamento dei servizi esistenti lo potevo capire, ed io qui sto dimostrando con i numeri che i servizi esistenti vengono rafforzati, ma bisogna prendere atto che la famiglia rappresenta oggi per il sociale il 95% del costo. Se non avessimo le famiglie e fossimo tutti sul pubblico dovremmo spendere venti volte di più quello che stiamo spendendo.

La famiglia assolve per il 95% le spese socio-assistenziali e sanitarie della realtà. Noi interveniamo per quel 5%, cioè dove la famiglia oggettivamente non ce la fa più, pensate ai malati di Alzheimer, ai non autosufficienti.

Con questo, però, introduciamo un principio che, mi permetto di dirlo, è largamente condiviso in sede di Conferenza Regioni, ove siedono venti Regioni, dieci di centro destra e dieci di centrosinistra, e la condivisione è unanime. Cioè la condivisione che il principio della domiciliarità per quanto riguarda i servizi è un principio fondamentale per la sanità. Questo lo stanno capendo tutti, lo capisce anche chi ci lavora, lo capisce il sistema delle cooperative, lo capisce il sindacato. E' ovvio che sia così. Di fronte all'impossibilità di aumentare la spesa complessiva, se vogliamo garantire assistenza futura a qualcuno dovremmo fare in modo di organizzare i servizi secondo una logica semplificata, ossia, finché è possibile manteniamo i servizi all'interno della famiglia, certo, senza costringere nessuno, chi vuole fare una scelta diversa la fa.

Però dico, senza ideologia, e lo prevederemo nel nuovo testo unico per i servizi sociali, Consigliere Vicepresidente Giorgi, che comprende anche, perché alla fine le possiamo buttare tutte lì, le previsioni di legge che avete proposto in sede di Commissione, che l'idea che vogliamo mettere in campo è quella che dice che i servizi sociali non possono in questo contesto economico sfuggire alla logica delle tariffe. E questo, ripeto, l'hanno capito tutti.

Faccio un esempio unico, i nidi domiciliari – abbiamo abolito il termine tedesco per un'esigenza di natura lessicale, li chiamiamo con la lingua italiana –, anche questa una previsione largamente condivisa; tra l'altro so che è in corso in questo momento un convegno a Jesi organizzato dall'Anci proprio su questo argomento, a cui avrei dovuto partecipare se non ci fosse stata seduta oggi.

Dobbiamo ragionare in maniera laica, senza tabù e senza prese di posizione. Qui non dobbiamo difendere le bandiere, dobbiamo concepire servizi che possano il più possibile soddisfare gli utenti e che lo possano fare in un contesto economico possibile. Altrimenti raccontiamo le favole, inganniamo la gente e soprattutto finiamo per difendere o posizioni storiche o posizioni futuristiche, buttando via soldi pubblici, cosa che oggi non ci possiamo permettere, soprattutto in un settore come questo.

E' chiaro che il nido, che era nato nell'ottica di difendere il posto di lavoro di quell'uomo e di quella donna che pur lavorando ambedue raggiungono un reddito medio basso, ad esempio due operai, ecco, per loro doveva essere gratuito. Diventa invece un po' più difficile e meno sostenibile il nido gratuito per due professionisti che hanno un figlio solo. Perché poi chi ha quattro figli ed è costretto a tenere uno dei due componenti, non dico la donna ma anche l'uomo, a casa, deve campare con un reddito e sei persone però poi con le sue tasse paga il nido a chi ha due redditi e un solo figlio. Ecco, questa è una situazione paradossale ma esistente.

Noi dunque a queste cose dobbiamo mettere rimedio per una questione di giustizia sociale. Negli anni settanta si parlava di giustizia sociale, non se ne parla più. Ecco, oggi c'è una nuova giustizia sociale, quella di dire che i servizi sono per tutti, però chi ha disponibilità economica li deve pagare un po' di più degli altri mentre chi non ha disponibilità economica può averli anche gratuiti. La gratuità non può essere per tutti, come non deve essere per tutti il fatto che ci debba essere un intervento di natura tariffaria.

Questo non è l'unico nodo che presentiamo in tutto l'impianto che abbiamo messo all'interno del piano socio-sanitario, ma è sicuramente un aspetto dirimente.

Riguardo agli emendamenti ne ho trovati alcuni anche accoglibili ma i termini che propongono sono un po' più complessi. Quindi mi permetto di rinviare questi emendamenti e queste idee, che possono essere sviluppate in una seconda fase anche in maniera più articolata di due-tre paroline messe lì.

Al massimo entro il prossimo mese di marzo intendiamo iniziare, anche in Commissione, la discussione su questo testo unico per le politiche sociali, che abbiamo messo come previsione nel piano, che appunto potrebbe essere l'occasione per una riflessione a tutto tondo, sulla quale, ripeto, la Giunta non metterà nessun tipo di pregiudiziale e sarà aperta al contributo di tutti.

[Almerino MEZZOLANI](#). Lasciatemi innanzitutto ringraziare la V Commissione, il Presidente Comi, il Vicepresidente D'Anna, tutti i componenti, il personale della Commissione come pure il personale del Servizio salute, a partire dal suo direttore, per la grande mole di lavoro che hanno svolto in tutto questo tempo. So quanto è stata difficile e complicata la riscrittura del piano, soprattutto dopo lo stralcio che è avvenuto nel momento in cui abbiamo separato la parte organizzativa della legge 17 in modifica alla legge 13.

Così come ringrazio voi per il contributo che qui è stato portato, che seppure a volte critico, ci permette tuttavia per la prima volta, qualcuno l'ha ricordato, di approvare un piano socio-sanitario per la nostra regione.

Ho apprezzato molto il dibattito e i ragionamenti di chi qui dentro ha ancorato la riflessione al contesto economico che il Paese sta attraversando. Trovo questo atteggiamento responsabile. In un momento particolare come questo cercare di mantenere ferma la barra e avere piena coscienza di quello che il Paese sta attraversando ci aiuta in qualche modo a farci prendere decisioni adeguate, a patto, però, ci sia senso di responsabilità. Condivido il ragionamento fatto dal Consigliere Natali. Ho però anche ascoltato qui dentro posizioni che pur ancorate a questo contesto nazionale sfuggono a quella responsabilità che dovrebbe competere a ciascuno di noi. E questa è la morte della politica. Non è un caso se abbiamo un governo tecnico. E' proprio ciò che non siamo riusciti a fare, per rincorrere il consenso dell'immediato ci sono sfuggite le dinamiche che ci competevano per costruire il futuro.

In sanità non possiamo fare così! Non lo abbiamo fatto finora, non possiamo farlo nemmeno in futuro.

Comprendo bene le ragioni anche di coloro che hanno presentato emendamenti, ancorati alla particolarità del loro territorio. So bene che ciascuno di noi è eletto in un territorio e a quel territorio prima di tutto deve rispondere.

Attenzione, però, a ciascuno di noi compete avere chiaro qual è il peso di quel territorio rispetto alla comunità regionale. Io temo, pur comprendendo queste ragioni, che difendendo ciascuno le proprie particolarità alla fine si finisca per affossare il progetto generale - dentro il quale, peraltro, quelle particolarità avrebbero potuto esaltarsi - cosicché salterebbe il banco.

Questo non ce lo possiamo permettere, butteremmo a mare il lavoro che abbiamo compiuto nel corso di questi anni.

Guai a ritornare alle divisioni territoriali. La sanità l'abbiamo tirata fuori dalle secche in cui era confinata. E non ne faccio un discorso di chi era la responsabilità, guardo a ciò che mi compete oggi. Certo, abbiamo tutti qualcosa da rimproverarci, non ho alcun dubbio, poi dirò dove eravamo e dove siamo arrivati. Oggi io mi devo caricare anche delle responsabilità di chi c'era ieri, non posso fare altrimenti. Se non lo facessi mi comporterei allo stesso modo senza risolvere i problemi che il passato mi ha lasciato. Questo deve esserci chiaro.

Guai a noi se nelle nostre discussioni, nel nostro agire, tornassimo ad esaltare le divisioni territoriali, sarebbe da irresponsabili, ed è quello che affosserebbe il nostro ruolo e conseguentemente anche la politica che tutti rappresentiamo, non è una questione di parte. Se non facciamo così, se non ritorniamo correttamente a rappresentare seriamente quello che deve essere un disegno che vale per tutti i cittadini marchigiani, daremo ragione a chi fa demagogia e un attacco insensato alla politica, che alla fine travolge tutti.

E questo dipende da noi. Se siamo arrivati fin qui è perché quella serietà da parte nostra, da una parte e dall'altra, non c'è stata o non è stata sufficiente. Dunque non possiamo ritornare a quel passato, altrimenti metteremmo in discussione non solo il futuro del sistema sanitario della Regione Marche ma anche il buon lavoro che abbiamo fatto fino adesso e di cui tutti, da posizioni diverse, dobbiamo portarne il vanto.

Io questa responsabilità la sento addosso. Perché, vedete, nel momento in cui diamo cattiva prova di noi stessi e veniamo, come dire, surrogati da tecnici, che poi dobbiamo in qualche modo sostenere perché è quello che serve al Paese, noi ci siamo delegittimati.

Ma c'è di più. Tutta la discussione che sta avvenendo in questi giorni ci fa correre un rischio molto più alto. Perché se non si ritorna al punto iniziale, se non si rilegittima la politica - e ci rilegittimiamo attraverso atti di serietà - poi è chiaro che non è solo una questione della politica in quanto tale, ma è anche questione di democrazia. Quindi è la democrazia che mettiamo a rischio.

Sono partito da qui perché credo che ogni nostro ragionamento, ogni atto amministrativo, compreso quello che votiamo oggi, debba essere ancorato a questa visione politica. E soprattutto perché qui dentro ci sono le cose che abbiamo fatto in questi anni.

Sui conti, Consigliere Massi, oggi non si nasconde più nulla. Vale quello che dicevo prima. Forse si è sbagliato in passato, si potevano fare scelte diverse, le condizioni del Paese erano altre, probabilmente rispetto a un Paese che cresceva si pensava che questo sistema di welfare si potesse reggere all'infinito. Oggi siamo invece richiamati da una situazione un po' più complicata, più difficile, siamo chiamati a comportamenti completamente differenti rispetto al passato.

Ma c'è una cosa che non si fa, Consigliere Massi, i conti non si nascondono. Non abbiamo nascosto nulla né possiamo nascondere nulla né nasconderemo nulla.

Le Marche oggi sono tra le pochissime Regioni – in realtà ne sono rimaste due, noi e la Lombardia – che presenta i conti a posto. Le Marche chiudono a pareggio il bilancio della propria sanità da cinque anni a questa parte, e per la prima volta nella storia di questa Regione per quanto riguarda il bilancio di parte corrente. Inoltre siamo l'unica Regione italiana dove la sanità è esclusivamente finanziata dal fondo sanitario nazionale.

Di questo dobbiamo portarne il vanto, perché, ripeto, sta dietro le cose che abbiamo fatto.

Se non ricordo male anche il primo piano sanitario, varato nel 2007, fu definito un piano generico, fumoso, era invece un piano di strategia. A qualcuno che qui dentro ha detto che c'è solo la cornice, ebbene, dentro questo piano, però, c'è anche nome e cognome dei pittori che dipingeranno il quadro che sta dentro quella cornice, che è fatto di partecipazione, di condivisione con i territori, con le parti sociali, è lì che andremo a misurarci.

Quando parliamo di piani di area vasta concertati e concordati con il territorio vuol dire che dentro queste linee di indirizzo noi andremo a confrontarci e con i territori sceglieremo quello che sarà meglio per quei territori. Poi, certo, a quei territori chiediamo la disponibilità a stare dentro la sanità che cambia, il mondo che cambia, le malattie che cambiano. Quando noi parliamo di trasformazione non è che dobbiamo avere la paura di che cosa chiudiamo. Non chiudiamo nulla, semplicemente chiediamo di adeguare quelle realtà al bisogno. E' vero che è cambiata la medicina, la tecnologia, ma siamo cambiati anche noi malati, perché se campiamo di più non c'è più il malato che entra in medicina con una malattia, c'è un malato pluripatologico, Consigliere Marinelli, che naturalmente richiede cure più appropriate, che entra e va molto più spesso dentro gli ospedali. E nel momento in cui ci va, se va in un ruolo inappropriato, è del tutto evidente che rende i costi insopportabili.

Però tutto questo lo concorderemo adeguatamente con i territori. Non prenderemo soluzioni verticistiche sulla testa di qualcuno, più semplicemente andremo con i territori per prendere le soluzioni più adeguate, come del resto abbiamo sempre fatto.

Questo piano è quindi in esatta continuità con quello che abbiamo varato e che è scaduto. Ma perché credo che sia sulla strada giusta? Perché è quello che ci ha consentito in questi anni di arrivare a questi risultati. Perché quei risultati economici sono abbinati, ma non perché lo diciamo noi, lo dice il Ministero, ha una delle più alte qualità della sanità del Paese.

Ci siamo arrivati attraverso un lavoro, diciamo, piuttosto robusto portato avanti in questi anni, dentro un quadro di assoluta incertezza.

In qualunque altro luogo dell'amministrazione pubblica, ma soprattutto in sanità perché è un sistema complesso, siamo chiamati a trasmettere certezze e sicurezza, a maggior ragione verso i cittadini quando parliamo di salute. Però, vedete, è difficile trasmettere certezze nel momento in cui non si è ancorati a un quadro generale nazionale chiaro e definito. Se vi ricordate abbiamo stralciato la parte organizzativa del piano e abbiamo dovuto farlo in virtù di un'accelerazione dettata dal quadro nazionale. Insomma, voglio farvi capire quanto sia difficile in questo momento trasmettere certezze, perché in pochissime settimane il quadro di riferimento per le Regioni, non solo per le Marche, è cambiato drasticamente. Siamo partiti con un patto per la salute che assicurava 80 milioni alle nostre

finanze, anno su anno, ed eravamo tranquilli. Siamo passati nel giro di poco a cambiare quel patto e a ridurlo della metà, 40 milioni. E' intervenuta poche settimane dopo una finanziaria che ha azzerato quei fondi, cioè non avevamo più nulla in aggiunta dell'anno precedente. Poi c'è stato il riparto del fondo, dove, in virtù di una battaglia che abbiamo fatto, abbiamo strappato 38-40 milioni, che ci ha consentito e ci consentirà di chiudere a pareggio il bilancio 2011.

Potete allora ben capire che dentro questo quadro avere le idee chiare, trasmettere certezze e sicurezze ai propri cittadini e agli operatori, è estremamente difficile. Lavorare in queste condizioni è estremamente difficile. E salvaguardare una sanità con i conti a pareggio e con una qualità buona, che naturalmente è sempre migliorabile, del sistema sanitario non è cosa da poco. E, ripeto, deve essere vanto degli amministratori di questa Regione, non appartiene solo al ruolo di Governo.

E a questo punto ci siamo arrivati perché abbiamo fatto scelte. Scelte che non sono state semplici. Quando abbiamo aggredito i grandi fattori di spesa, penso alla spesa sul farmaco che cresceva a un ritmo dell'8-9% annuo e che oggi cresce dell'0,9%, ecco, voglio dire, lì c'è un lavoro di concertazione anche con i soggetti che sono toccati da questi provvedimenti, vi assicuro che non è una cosa molto facile, le resistenze che arrivano le conoscete anche voi.

Se prima c'erano i beni e servizi che crescevano sull'ordine del 10% e oggi crescono al 3% vuol dire che ci sono azioni incisive nella pratica quotidiana e nel lavoro quotidiano.

Così sul personale. Siamo passati da una crescita del 9% al 2%. E badate bene, anche qui, siamo una delle pochissime regioni che può permettersi il turnover al 70%, in virtù di una delibera che abbiamo fatto noi, se non hai i conti a posto dal livello nazionale non ti sarebbe consentito.

So bene che ci sono sofferenze in giro, ma vi ricordo il fatto che il turnover dovrebbe essere pari a zero. Chiaro! E lo è soprattutto in quelle regioni che vanno in dissesto.

Ecco perché dovremmo tenere la barra ferma, e il piano è l'indirizzo preciso per continuare in questa direzione. Qualora invece non riuscissimo a spingere in avanti il processo di cambiamento e di riforme che abbiamo attuato è chiaro quale sarebbe il punto di caduta. Potremmo cioè arrivare come in quelle regioni dove queste discussioni, dove quello noi oggi facciamo, ossia discutere in maniera accesa, magari critica, ma avendo in mano il nostro destino, non avviene, perché ad esse non è più consentito.

Vado alla situazione del privato. Dire che le Marche è una regione ove c'è la privatizzazione della sanità è del tutto sbagliato. Per una semplice ragione, Consigliere Trenta, perché la nostra regione nel suo sistema sanitario ha la più bassa incidenza percentuale del privato. La più bassa!

E non solo, a quel privato abbiamo chiesto di fare le stesse cose che facciamo noi, cioè nel momento in cui noi ci trasformiamo loro si devono trasformare. I punti nascita saremo costretti a chiuderli per legge. Per legge! E' inutile oggi svincolarsi dalle normative nazionali cercando di prenderne le distanze, Consigliere Marangoni. Oggi io devo applicare quello che la legge mi mette sotto. E non è che la legge l'ho fatta io. Chiaro! Quindi distinguiamo bene anche qui. Anzi, dico anche che sta dentro un percorso di appropriatezza che richiama il sistema sanitario nazionale a quel futuro che deve costruirsi, però non mi si dica che è

un'imposizione che viene dalla Regione. Le leggi valgono per tutti e noi dobbiamo rispettarle, come è comprensibile.

Ed i privati non solo hanno la più bassa percentuale di incidenza nel sistema sanitario, ma abbiamo fatto un accordo in cui devono attivare trasformazione e crescita. Era un sistema che cresceva con una media dell'8%, oggi cresce allo 0%. Abbiamo fatto con loro degli accordi che fanno mantenere i budget attuali che hanno e non tengono conto nemmeno dell'inflazione.

In ciò che abbiamo raggiunto c'è il lavoro che abbiamo fatto. Certamente dobbiamo accelerare il percorso di riforma ma alcune cose le abbiamo fatte.

**Sono calati del 5% i posti passati dagli acuti ai post acuti e contemporaneamente sono aumentati del 16% i posti in lungodegenza e riabilitazione.**

E' dunque un sistema in trasformazione che naturalmente si plasma sui bisogni del nostro territorio. (...) Questa è altra cosa, Consigliere Trenta. Perché questa trasformazione, che deve cominciare, che è avviata, vede anche l'aumento delle Rsa e delle Rp, in questi ultimi anni ha visto un aumento del 10%, ma è chiaro che vanno debitamente calate nell'analisi del bisogno. Ci sono territori che sono scoperti perché siamo partiti da posizioni differenti. Dobbiamo quindi fare in modo di riequilibrare da questo punto di vista, in rapporto anche al livello di anziani c'è che su ogni area vasta.

Ho sentito parlare di riorganizzazione, una discussione che abbiamo già fatto, che io vorrei accantonare. E' inutile tornare a parlare delle aree vaste, della personalità giuridica, questa discussione l'abbiamo già fatta e abbiamo già giustificato qui. Il Consigliere Natali mi sembra che abbia parlato del controllo, però, Consigliere, un conto è controllare un figlio e un conto è controllarne tredici-quattordici. (...) No! Vede, Consigliere Natali, seppure immagino che i controlli c'erano, quella forte autonomia, a testimonianza che era più difficile, aveva prodotto una frammentazione che oltre a disperdere risorse non consentiva neppure di fare quello che oggi è stato fatto. Quella autonomia produceva campanili tali che facevano sì che quelle barriere tra zona e zona, tra realtà e realtà, rimanevano in piedi ostacolando così la costruzione di un progetto di sanità per l'intera regione. Se ce la siamo cavata è perché in maniera incisiva abbiamo presentato al Governo nazionale un progetto di sanità per il futuro. Dopodiché, è chiaro che quello va fatto con le risorse che ci sono consentite, che deve scontare i passaggi della crisi, però comunque si ha un'idea chiara da dove si è partiti, cosa si è fatto, quello che si deve fare per arrivare al miglioramento del nostro sistema sanitario. Questo è il processo che abbiamo attuato.

Allora se questo è dobbiamo spingere in avanti tutto il processo di riforme che appunto abbiamo avviato. E il primo punto sta dentro ciò che abbiamo già varato. Perché la legge di riordino della 13, la n. 17, ricalca quello che diceva poc'anzi l'Assessore Marconi, ovvero che è già di per sé una riforma che va nella direzione della semplificazione del sistema, nella razionalizzazione delle sue risorse. E' del tutto evidente che quando passi da 13 zone a 5 aree vaste non è solo un problema del numero delle direzioni, o quando passi dai 24 distretti ai 13, non è solo questo, perché dietro ogni direzione ci sono apparati amministrativi, e naturalmente costano. Allora andare in una direzione di semplificazione significa, tradotto in maniera brutale, asciugare la burocrazia per ridestinare risorse ai servizi. Ecco, questa riforma è già in atto, è un processo graduale che va avanti, con l'obiettivo di spostare il più possibile, dagli apparati amministrativi, dagli apparati

burocratici, le risorse e poi piegarle al servizio dei cittadini.

In secondo luogo, possiamo noi rinunciare a quella che io ho sempre chiamato la riqualificazione del sistema?

Noi abbiamo delle leggi nazionali che ci indicano che dobbiamo arrivare a 3,3 posti letto per acuti e 0,7 per post acuti. Non siamo molto lontani. Le Marche hanno già fatto un buon lavoro in questa direzione. E nessuno di noi si può sottrarre a una legge nazionale. Quindi è chiaro che dobbiamo andare avanti in quella direzione. Però vogliamo farlo come l'abbiamo fatto fino ad ora. Ossia, con grande senso di equilibrio, i nostri territori non sono tutti uguali. Tant'è che anche dentro questo piano, se si legge bene, le realtà disagiate che hanno una specifica peculiarità, quelle che abbiamo sempre difeso in passato, da Novafeltria fino ad Amandola, vengono preservate. Perché è lì che c'è un maggior disagio, una maggiore difficoltà, di cui naturalmente dobbiamo farci carico. Non è minimamente nostra intenzione abbandonare popolazioni che stanno nell'entroterra e che hanno difficoltà. Questo l'abbiamo sempre garantito e quindi vale anche per questo piano sanitario. Chiaro! Al di là degli emendamenti che ci sono. Questo è quello che c'è scritto, basta leggerlo. L'altra cosa, avviandomi alla conclusione, riguarda la discussione sulla politica degli investimenti, che è un altro pezzo del processo di riforme che dobbiamo spingere in avanti.

Abbiamo un piano che abbiamo sottoscritto con il Governo, che naturalmente nell'attuale condizione economica facciamo fatica a portare avanti, è indubbio, non è responsabilità nostra, ma già dà delle indicazioni precise, nuova Inrca, Salesi, Fermo (a parte le ristrutturazioni e le messe a norma che abbiamo già fatto e le spese in tecnologia). Ecco, dobbiamo andare avanti su questa strada, cercando anche di mandare avanti quel terzo stralcio, che oggi è bloccato per le condizioni in cui si trova il Paese, ma credo si potrà ripartire. Già dal passaggio della prossima Commissione salute le Regioni si incontreranno e chiederanno appunto la riapertura degli investimenti per il sistema sanitario. Non saranno i 4 milioni e mezzo che c'erano allora e che sono stati bloccati, però penso che se provvedimenti verranno presi per la messa a norma delle scuole al sud e poi per il centro e per il nord, ecco, la stessa cosa dovrà avvenire per gli ospedali.

Nell'attesa dobbiamo stare fermi? Io credo di no. In ogni area vasta abbiamo i punti di caduta di questo processo di riforma in atto, allora dobbiamo spingerlo in avanti dappertutto. E' chiaro cosa deve avvenire nell'area vasta nord. Consigliere D'Anna, tanto per capirci, stamattina abbiamo fatto una conferenza con i Sindaci i quali hanno dato l'indicazione, sulla base del lavoro tecnico, che l'area è Fosso Sejore parte Pesaro. Questo vuol dire che abbiamo messo un ulteriore tassello e che da lì in poi cercheremo di fare progetti per attivare le risorse, ma che ovviamente non dipendono solo da noi.

E' chiaro cosa deve avvenire nell'area vasta 2, nell'area vasta del fermano. Rimangono scoperte, da definire meglio, le aree vaste 5 e 3.

Per quanto riguarda l'area vasta 5 – lo dico al Consigliere Perazzoli – a me il processo sembra chiaro, l'obiettivo finale è chiarissimo. Se il piceno vuole davvero concorrere da protagonista allo sviluppo del sistema sanitario marchigiano e se vuole qualificare la sanità di quel territorio...(…)

Se davvero si vuol giocare da protagonisti, dicevo, credo che l'obiettivo sia quello che il Consigliere Perazzoli ha qui ricordato. Cioè dire: noi in quella realtà

dobbiamo costruire una struttura unica, portando, come dire, come punto di caduta l'integrazione che è stata fatta e quella che dovremo implementare. E' solo lì dentro che tu avrai una sanità moderna, all'avanguardia, tecnologicamente avanzata.

Ovviamente oggi le risorse non ci consentono di farlo, ma è anche chiaro che dobbiamo percorrere il cammino per arrivare a quel punto di caduta. La cosa che un buon amministratore deve fare - io posso anche dire oggi non ho i soldi per costruirmi la casa ma nessuno può impedirmi, se ho i soldi, di comprarmi intanto il lotto di terreno su cui costruirmela, poi se non ce la farò io ce la farà mio figlio - è spingere in avanti il più possibile quel processo che ci pone l'obiettivo finale. Poi, certo, se lo potessimo fare domani sarebbe meglio per tutti, ma oggi non è così. Se questo è dunque l'obiettivo tutto ciò che è propedeutico al suo raggiungimento, compresa l'istituzione dell'azienda Marche sud, deve essere fatto. Questo è quello che c'è scritto nel percorso che dobbiamo fare, è puntualizzato in questo piano, è il processo che dobbiamo attivare.

L'area vasta 3, quella del maceratense, ad oggi è obiettivamente la realtà più complicata, pertanto è quella a cui dovremmo saper dedicare una maggiore attenzione e anche, perché no, un maggior tempo di lavoro, lo sappiamo bene. E' quella, come dire, in cui risultano essere persino più difficili e anche più lontane le decisioni che dovremmo saper prendere. Però, attenzione, anche qui, dobbiamo metterci le mani subito. Oggi cosa abbiamo su quell'area? Abbiamo degli studi, essi dunque vanno spinti in avanti, e ne dovremo decidere con il territorio i punti di caduta. Non c'è oggi un punto d'arrivo già prefigurato.

Dovremo lavorarci insieme. Perché, non dimentichiamoci - qui ho sentito parlare del numero degli ospedali di polo, ecc. -, tra i venti ospedali di polo che abbiamo quindici stanno lì. Quindi un lavoro dovremo farlo per capire come riqualificare al meglio quella rete. E' un lavoro che compete a tutti, non lo faremo sulla testa di qualcuno calando le soluzioni verticistiche, lo faremo con quei territori.

Se andate a vedere il piano, che è un piano di indirizzi - ed io comprendo benissimo le preoccupazioni da parte di chi non partecipa a quel piano e che dice "qui la Giunta prende tutte le decisioni".... Insomma, voglio dire che dovremo fare grande attenzione e lavoro. E questo nel piano è previsto. Perché appunto i piani di area vasta devono essere costruiti e concertati con il territorio e con le parti sociali, vanno in Commissione e poi, non ricordo entro quanto tempo, dobbiamo tornare in Aula per illustrare il lavoro che abbiamo fatto. Dunque sarà un percorso concertato. Poi non so quanto potremo dividerlo, ma di sicuro sarà un lavoro di concerto. Ed è quel lavoro di concerto che abbiamo sempre usato e che ci ha portato a cogliere i risultati che abbiamo raggiunto. E questo vale anche per l'area vasta di Macerata.

Ritengo sia questo il lavoro da fare. Vedrete che troveremo anche lì le soluzioni, che non riguarderanno solo l'area vasta del maceratense, ma riguarderanno l'intero sistema sanitario regionale. Non possiamo permetterci che tutto quello che abbiamo fatto possa essere affossato dai ritardi di pezzi del nostro territorio. Questo è dunque il lavoro che abbiamo davanti, che è tracciato nel piano sanitario, e quindi è quello che faremo. Fin qui ci siamo arrivati bene. Oggi le Marche si trovano in una buona posizione. Ecco, se vogliamo proseguire su questa strada credo ciò che abbiamo messo insieme, e che, ripeto, è indicato nel piano

sanitario, è quello che dobbiamo portare a compimento.

**PRESIDENTE.** Grazie, Assessore Mezzolani. (...) Consigliere Marangoni per favore! Cominciamo ad analizzare gli emendamenti. Se la Commissione vuole esprimere il suo parere agevoleremo il percorso.

Emendamento n. 1 dei Consiglieri Massi, Marinelli, Trenta, Ciriaci, Foschi, Acquaroli, Carloni, Bugaro, Natali, Zinni:

La nuova titolazione viene sostituita dalla seguente: "Metodologia e studio propedeutico per la predisposizione del piano socio sanitario regionale 2012/2014 - Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo".

Lo pongo in votazione.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 1 bis della quinta Commissione:

Nel dispositivo della deliberazione, dopo la lettera d) del punto 2) aggiungere la seguente: " e) la documentazione di cui alle lett. a), b), c), e d) è messa a disposizione delle organizzazioni sindacali confederali"

Lo pongo in votazione.

(L'Assemblea legislativa approva)

Emendamento n. 2 dei Consiglieri Massi, Marinelli, Trenta, Ciriaci, Foschi, Acquaroli, Carloni, Bugaro, Natali, Zinni:

I punti 3 e 4 del dispositivo sono sostituiti dal seguente punto 3:

"Di stabilire che tutti gli atti attuativi del Piano socio sanitario regionale 2012/2014 di cui all'allegato B, ivi compresi quelle di definizione del fabbisogno e dei posti letto, quelli relativi al raggiungimento degli obiettivi di appropriatezza dei drg, nonché quelli relativi ai piani industriali di cui al capitolo II.2.5, sono adottate con deliberazione dell'Assemblea legislativa regionale."

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Parere contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 2 bis della quinta Commissione:

Nel dispositivo della deliberazione, al punto 3), dopo le seguenti parole "nonché quelle relative al raggiungimento degli obiettivi di appropriatezza del drg" aggiungere le seguenti: "concertate con le organizzazioni sindacali confederali,".

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Favorevole.

(L'Assemblea legislativa approva)

Emendamento n. 2 ter della quinta Commissione:

Nel dispositivo della deliberazione, al punto 4), sostituire le seguenti parole "piani industriali di cui" con le seguenti: "piani di area vasta geograficamente intesa, adottati secondo le modalità di cui".

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Favorevole.

(L'Assemblea legislativa approva)

Emendamento n. 2 quater della quinta Commissione:  
Allegato B, Cap. I, Obiettivi di piano e sostenibilità del sistema, alla pag. 7, secondo capoverso, dopo le parole "e successive modificazioni" aggiungere le seguenti: "e della restante normativa vigente".

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Favorevole.

(L'Assemblea legislativa approva)

Emendamento n. 3 del Consigliere Pieroni:  
Al termine del paragrafo del Cap. I.2 pag. 10 "La promozione della cultura di rete e della collaborazione professionale" - "E' indispensabile promuovere la capacità di comunicare e diffondere gli strumenti e la cultura della rete nei diversi contesti operativi e sociali per far crescere le capacità; le competenze e la collaborazione tra i professionisti, attraverso azioni di formazione, comunicazione ed informazione rivolte sia all'interno che all'esterno del sistema sociosanitario" va aggiunto il seguente capoverso: "Tale obiettivo va perseguito in ambito di Area Vasta anche al fine di ottimizzare le risorse umane ed economiche attraverso il coordinamento degli uffici comunicazione e relazioni con il pubblico per lo sviluppo della promozione alla salute attraverso le tecniche e la metodologia del marketing sociale".

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 3 bis della quinta Commissione:  
Allegato B, cap. I.3, Le linee di intervento, La riqualificazione e l'adeguamento strutturale alla pag. 12, primo capoverso, dopo le parole "Il presente piano" aggiungere le seguenti: "consolida e".

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Favorevole.

(L'Assemblea legislativa approva)

Emendamento n. 3 ter della quinta Commissione:

Allegato B, cap. I.3, Le linee di intervento, La valorizzazione delle professionalità alla pag. 13, ultimo capoverso, ultimo rigo, sostituire le parole "il Centro di Alta Formazione" con le seguenti: "le strutture già esistenti e riconosciute".  
Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Favorevole.

(L'Assemblea legislativa approva)

Emendamento n. 4 del Consigliere Zaffini:  
Allegato B, Cap. I.4, Sostenibilità economica/finanziaria. Risultati economico/finanziari anni 2007/2011, pag. 15. primo capoverso, punto 2, quinta riga, dopo la parola "riabilitazione" inserire: "per ogni area vasta".  
Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrari.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 4 bis della quinta Commissione:  
Allegato B, cap. I.4, Sostenibilità economico/finanziaria – previsione economica finanziaria anni 2012-2014, alla pag. 17, primo punto, dopo le parole "effettuare il monitoraggio" aggiungere la seguente: "trimestrale".  
Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Favorevole.

(L'Assemblea legislativa approva)

Emendamento n. 4 ter della quinta Commissione:  
Allegato B, cap. I.4, Sostenibilità economico/finanziaria – previsione economica finanziaria anni 2012-2014, alla pag. 17, primo punto, dopo le parole "ulteriori verifiche straordinarie" aggiungere le seguenti: "secondo quanto previsto dalla normativa vigente,".  
Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Favorevole.

(L'Assemblea legislativa approva)

Emendamento n. 4 quater della quinta Commissione:  
Allegato B, cap. II.1.2 - L'attuazione degli indirizzi strategici, alla pag. 30 dopo il quarto capoverso inserire il seguente grafico: ... (grafico allegato agli atti)...  
Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Favorevole.

PRESIDENTE. Ha chiesto la parola il Consigliere D'Anna, ne ha facoltà.

Giancarlo D'ANNA. Alcuni emendamenti sono stati presentati senza passare in Commissione, quindi mi sembra scorretto che il Presidente dica... (...) Posso parlare? Il Consigliere Comi ha il microfono sempre acceso. Che sistema è! Accendiamoli tutti! Ecco, non mi sembra corretto, Presidente.

PRESIDENTE. Il Consigliere Comi non è che sia qui di passaggio! E' il Presidente della Commissione che ha vagliato gli emendamenti, quindi, su mia richiesta, esprime la posizione della Commissione. (...) Non c'è il parere della Commissione sugli emendamenti? Prego, Comi.

Francesco COMI. Tutti gli emendamenti che hanno la mia firma sono stati approvati dalla Commissione. I sub emendamenti che hanno la mia firma non sono stati approvati dalla Commissione, perché questo è ciò che consente il regolamento interno.

PRESIDENTE. Per cui gli emendamenti sono passati al vaglio della Commissione e quindi il Presidente può esprimere, per agevolare il percorso degli stessi, il suo parere.

Emendamento n. 4 quater. Lo pongo in votazione.

(L'Assemblea legislativa approva)

Emendamento n. 4 quinquies della V Commissione:

Allegato B, CAP. E. 1.2 -L'attuazione degli indirizzi strategici alla pag. 31 sostituire i tre primi capoversi con i seguenti:

"Nella fase di pianificazione la regione stabilisce, gli obiettivi strategici, le azioni da intraprendere ed i risultati attesi, che si dovranno tradurre in interventi concreti quali le sperimentazioni gestionali ed il programma di investimenti da attuare. La fase di programmazione declina in piani operativi ed in obiettivi specifici le indicazioni strategiche e, in relazione ai risultati delle fasi sperimentali, estende a tutte le realtà i progetti attuativi, fornendo criteri e parametri per misurare il raggiungimento degli obiettivi attraverso strumenti quali il budget come esplicitato nei successivi paragrafi.

Con la fase di controllo effettuata dalla Regione si chiude il ciclo generale della programmazione poiché rappresenta il momento del monitoraggio e della verifica sia del raggiungimento o meno degli obiettivi prefissati sia del rispetto degli standard previsti ai diversi livelli istituzionali ed ai diversi momenti-della pianificazione (di breve, di medio o di lungo periodo).".

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Favorevole.

(L'Assemblea legislativa approva)

Emendamento n. 5 del Consigliere Natali:

Capitolo II – Governance e appropriatezza organizzativa – paragrafo II.1.3 – Le cabine di regia – Sub Piano degli investimenti infrastrutturali.

Al sottotitolo "piano degli investimenti infrastrutturali" inserire le parole "già eseguiti".

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 6 dei Consiglieri Perazzoli, Camela:

Capitolo II.1.3 dell'allegato B, a pag. 33, alla voce "piano degli investimenti infrastrutturali" dopo le parole "Area Vasta territoriale 4: Progettazione del nuovo Ospedale di Fermo" aggiungere: "Area Vasta territoriale 5: studio di fattibilità per il nuovo ospedale di Area vasta - Istituzione Azienda ospedaliera Marche Sud".

(...) Consigliere Trenta, si sieda, la prego! In ordine hanno chiesto la parola:

Perazzoli, Camela, Marangoni. (...) Consigliere Trenta, adesso intanto interviene il Consigliere Perazzoli, poi chi vuole la votazione per appello nominale lo chiede formalmente.

Ha la parola il Consigliere Perazzoli.

Paolo PERAZZOLI. Mi dispiace, ma devo dire che l'intervento dell'Assessore Mezzolani è il solito impegno che si dice verrà fatto.

Questo emendamento, tra l'altro, non è contro la proposta della Giunta bensì per ritornare, nella sostanza, alla sua proposta iniziale.

Con l'emendamento approvato dalla Commissione, secondo me sbagliando, si rinvia sine die, si rinvia il tutto a dopo. Mentre noi riteniamo vada fatto subito uno studio di fattibilità e che l'azienda ospedaliera sia elemento fondamentale per poterlo fare, perché, come abbiamo visto, non va avanti.

E questa posizione è quella espressa all'unanimità dall'Assemblea provinciale del PD. Inoltre l'altro giorno l'ho portata anche al Gruppo consiliare, anche lì è stata ritenuta meritevole di accoglimento.

Se poi questo non serve, ecco, vedremo in futuro quello che succede, che so, chiederemo a qualcun altro come dovremo comportarci.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Camela.

Valeriano CAMELA. Decodificando quello che l'Assessore Mezzolani ha detto, e sto al senso del significato concreto delle parole al di là dei termini, mi pare che il colloquio preliminare abbia fatto emergere una disponibilità di fondo concreta. E tra persone di buon senso e di rispetto reciproco ritengo che gli impegni vadano rispettati.

Io non sono il tipo che vuole creare problemi, ma qui c'è un discorso di un percorso già impostato nel piano socio-sanitario di propedeuticità di questa integrazione funzionale in area vasta dei due ospedali per l'istituzione dell'azienda ospedaliera Marche Sud. Io lo intendo come un percorso, quindi non domani, ma un percorso che va realizzato e portato avanti a piccoli passi però veloci.

Che non ci siano le risorse sono perfettamente consapevole, ma sono incidenti più che altro per la realizzabilità di un nuovo ospedale, non per l'istituzione amministrativa di un'azienda ospedaliera.

Il discorso delle risorse può anche essere secondario, perché, come è emerso anche prima, ci sono delle infrastrutture di cui l'area vasta dispone e che possono essere messe nel calderone dello scambio delle risorse per realizzare nuove strutture, quindi tecnologie che si mettono in rete, ecc. ecc..

Ho già annunciato che domani presenterò una proposta di legge sull'istituzione dell'azienda ospedaliera, che avrà il suo percorso, e sono fiducioso, anzi sicuro, che porterà al raggiungimento dell'obiettivo.

Io sto a quello che emerge, anche se è una volontà passata del Presidente di questa Amministrazione nella nostra comunità ha già dato delle aspettative.

Se poi quella legge non verrà discussa e quindi con la fine del mandato decadrà, perché è così che funziona, ecco, riprenderemo il discorso, me ne faccio carico, ma vorrei rappresentare un elemento di garanzia per il raggiungimento di questo obiettivo.

Per cui se questo è, come mi pare di aver capito, non ho problemi a ritirare la mia firma su quell'emendamento.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Comi.

Francesco COMI. Avendo seguito i lavori della Commissione nella veste anche di relatore, ci tengo a chiarire il contenuto letterale del testo che stiamo adottando, e quindi nella sua interpretazione esegetica, non politica.

Abbiamo menzionato in tre parti il riferimento all'azienda.

A pag. 114 diciamo, in maniera puntuale, che occorre lavorare per l'integrazione dei due presidi ospedalieri di Ascoli e San Benedetto, che questo processo è immediatamente propedeutico all'istituzione dell'azienda e alla realizzazione della struttura unica. Dunque esprimiamo una definizione che non abbisogna di grandi commenti. Così è scritto.

A pag. 224, in un ulteriore passaggio relativo all'organizzazione del servizio, diciamo che bisognerà procedere all'avvio dell'istituzione dell'azienda Marche sud.

Invece nel capitolo iniziale, quello relativo agli investimenti, dopo aver chiarito che si avvia l'istituzione dell'azienda, che questa è immediatamente successiva al processo di integrazione che deve fisiologicamente essere propedeutico alla sua istituzione, abbiamo scritto che dovremo, attraverso un atto specifico, ovvero la legge (che è l'unico atto avente rango adeguato per disciplinare l'istituzione di una nuova azienda) definire le modalità istitutive.

Detto questo, qualunque cosa scriveremo nel testo non determinerà né la nascita né l'estinzione di un istituto che appunto abbisogna di una legge.

Ci tenevo a dirlo, avendo seguito i lavori e avendo il dovere di riferire sul testo dell'atto.

Quindi secondo me l'obiettivo che ha posto il Consigliere Perazzoli, che conosco, che rispetto, che considero uno dei compagni più seri che abbia mai conosciuto... (...)

Francesco COMI. Ritengo, dicevo, che le questioni poste dal Consigliere collega Paolo Perazzoli siano significative di uno stato d'ansia, di preoccupazione, di una sollecitazione che viene da quel territorio rispetto a questo tema. Tema sul quale c'era stata una proposta di legge, depositata, ma che poi non è stata tradotta in un atto legislativo. Per cui è un tema sul quale c'era già stato un impegno politico

ben preciso.

Questo impegno dunque c'è stato e noi lo onoriamo dentro questo percorso. Per cui con questo contenuto, proprio perché rispettiamo il lavoro fatto e gli impegni assunti, chiedo al Consigliere Perazzoli di ritirare l'emendamento. Perché le nostre parole, quelle contenute nell'atto, e il nostro impegno, valgono molto di più di semplici definizioni che rischiano solo di mettere semmai in dubbio l'eventuale istituzione qualora non dovesse essere accolto.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Ricci.

Mirco RICCI. Il Gruppo del PD, ovviamente, prima di venire in Aula ha discusso tutti gli emendamenti e quindi anche questo del Consigliere Perazzoli. E' vero, abbiamo ritenuto opportuno approfondirlo. Però il Gruppo del PD ha fatto una sintesi di questo tipo, cioè ha dato mandato all'Assessore Mezzolani e al Presidente Comi di trovare le forme per rispondere, per accogliere parzialmente, per porre una sintesi nel documento.

Credo che l'Assessore Mezzolani nel suo intervento e in ciò che viene descritto nel testo, come pure credo, sentite le parole del Presidente Comi, che gran parte di ciò che è contenuto nell'emendamento di Perazzoli sia stato recepito o quanto meno sia stato dichiarato per l'ennesima volta dall'Assessore Mezzolani su un percorso rispetto a Marche Sud.

Chiedo quindi al Consigliere Perazzoli di ritirare l'emendamento, cercando di recuperare il più possibile dalle parole dell'Assessore Mezzolani una prospettiva anche rispetto all'azienda Marche Sud.

Credo che le condizioni per poter ragionare su quanto Mezzolani ha detto nel suo intervento conclusivo ci siano. Probabilmente non tutto è stato detto rispetto a ciò i Consiglieri Perazzoli o Camela pensano, però c'è un punto chiaro su cui ancorare un'iniziativa successiva.

Ripeto, chiedo ai Consiglieri Perazzoli e Camela di tener conto dell'intervento dell'Assessore Mezzolani e quindi di ritirare l'emendamento, evitando così di bloccare un percorso che invece deve andare comunque avanti, anche attraverso una proposta di legge. Perché se viene approvato l'emendamento probabilmente questo vanifica anche l'intervento positivo e costruttivo dell'Assessore Mezzolani.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Natali.

Giulio NATALI. Dicevo prima al Consigliere Perazzoli che io ai tempi di tangentopoli ho sempre avuto una grande simpatia per Greganti. (...) No, Greganti, egli era un grande - Citaristi era un pover uomo -, quando arrivava qualcuno a dirgli "chi è stato?" prima che finisse la domanda già diceva chi era stato, dov'era, com'era, perché. Greganti era Greganti! Per me, seppure venga da scuole totalmente opposte, quando uno ha certi atteggiamenti...(...) Certo, però la verità la doveva dire sempre, sempre, anzi, doveva anche applicare quell'altro tipo di comandamento, mi sembra il sesto, non rubare, ma quello se l'era scordato! (...) Detto questo, bando agli scherzi, qui siamo di fronte a una situazione in cui Francesco Comi – prima l'ho chiamato anche Assessore, ha una buona strada! – è tornato alla sua professione, però l'ha fatta male! Perché le sue spiegazioni per

convincere della bontà del suo ragionamento si scontrano con un fatto specifico. E sì, perché se questo emendamento va nella stessa direzione delle vostre intenzioni, di quelle della Giunta regionale e di questo piano, è semmai un qualcosa in più. Allora devo capire. Devo capire! Lei ha fatto questo ragionamento: "perché non lo ritirate visto che noi già l'abbiamo detto?". Allora, dico io, visto che si dice che "l'abbiamo detto" c'è semmai un'ulteriore forza, addirittura lo vota pure la minoranza, quindi pensa quant'è più forte! A meno che, invece, la strada che il Citaristi di turno ha preso, quella di dire "io presento una proposta di legge", beh, peccato che qui queste proposte di legge siano state già presentate da due Consiglieri regionali e pure dalla Giunta, da quella precedente a questa. E noi dovremmo credere a questo ragionamento? No!

Allora qui il discorso da fare è uno. Noi crediamo alle buone intenzioni della maggioranza che governa la Regione Marche, ma vogliamo che siano un po' più incisive. Che cioè siano più incisive le ragioni verso una nuova struttura, che tutti noi potremmo agognare dopo aver avuto l'azienda ospedaliera, dopo che la ex zona territoriale 12 e zona territoriale 13 si siano integrate. Ma si stanno integrando. Anzi, il fatto di approvare questo emendamento sarà proprio una spinta verso tale integrazione. Anche perché i due plessi ci sono. Per cui non si sa qual è il motivo per cui non si dovrebbe fare. In attesa di fare uno studio di fattibilità sul nuovo ospedale.

Voto favorevole a questo emendamento.

PRESIDENTE. (...) Consigliere Perazzoli, il secondo intervento può essere solo concesso per fatto personale. (...) Ecco, sì, se è una espressione di volontà rispetto al ritiro è un altro conto. (...) Prego, Consigliere Perazzoli.

Paolo PERAZZOLI. Non pensavo di creare tutto questo trambusto con un emendamento che reputo in linea con il piano socio-sanitario.

Voglio leggere ai Consiglieri la frase che vorrei emendare. Altrimenti parliamo del sesso degli angeli! La frase dice, che è frutto di un emendamento che ha modificato la proposta iniziale della Giunta: "In coerenza con le disponibilità finanziarie, che saranno erogate dal Ministero attraverso gli Accordi di programma, si procederà allo studio di fattibilità per la realizzazione delle nuove strutture ospedaliere relative alle aree vaste territoriali 3 e 5 e all'area montana, nonché alla valutazione delle modalità istitutive dell'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Sud".

E' questo che io voglio cambiare. Anche in coerenza con alcune cose che si dicono a pagg. 115, 222, 224. Se non si elimina questo peccato originale sapete che significa? Che una volta che ci diranno che ci possono essere i finanziamenti bisognerà fare lo studio di fattibilità.

PRESIDENTE. E' stato chiarissimo, Consigliere, quindi mantiene l'emendamento.

Paolo PERAZZOLI. Non è che mi suicidio se non viene approvato, però ritirandolo mi sembrerebbe di essere preso in giro e di prendere in giro la gente.

PRESIDENTE. D'accordo, grazie. Ha la parola l'Assessore Canzian.

Antonio CANZIAN. Ritengo intervenire per fornire alcuni elementi informativi e anche di chiarezza sugli interventi di chi mi ha preceduto.

Innanzitutto voglio dire, come il Consigliere Perazzoli sa e come lo sa chi rappresenta il territorio piceno in questa Assemblea, che il documento del nostro partito a cui ha fatto riferimento correttamente il Consigliere Perazzoli, non si esprime su questo emendamento bensì fornisce un percorso attraverso il quale fissa una serie di obiettivi sui quali il nostro territorio ha inteso impegnarsi e che sono condivisi da tutto il nostro partito. Essi cronologicamente sono: l'integrazione di area vasta tra i due ospedali, cosa che per la verità è in corso, l'istituzione dell'azienda ospedali riuniti Marche Sud e quindi la realizzazione di una struttura ospedaliera unica.

Questi sono i tre grandi obiettivi, condivisi ampiamente, ma credo siano condivisi anche da una vasta platea politica non di quel territorio.

Entro questa cornice il piano socio-sanitario, nell'articolazione su cui oggi ragioniamo, credo che l'obiettivo - su quello dell'integrazione di area vasta nulla quaestio, è un processo già in corso - dell'istituzione dell'azienda ospedali riuniti sia presente, ben evidenziato e caratterizzato nei termini che appunto un piano socio-sanitario deve avere.

La formulazione che a questo proposito rileva il piano socio-sanitario è che, non poteva fare diversamente, in coerenza con le risorse finanziarie disponibili si procederà a un progetto di fattibilità per le strutture ospedaliere a cui fa riferimento e quindi anche alla struttura ospedaliera unica dell'area vasta 5.

Nell'ultimo capoverso si parla di modalità istitutive dell'azienda ospedali riuniti, ed è evidente che quando si parla di modalità istitutive non si può mettere in discussione la premessa a una modalità istitutiva che, appunto, è l'avvenuta istituzione dell'azienda ospedaliera.

Dunque è la logicità che ci porta a ragionare su questo livello di interlocuzione.

Quello che mi permetto di rilevare al collega Perazzoli, è che l'istituzione dell'azienda ospedali riuniti non ha senso subordinarla a un piano degli investimenti infrastrutturali. Come è noto, la costituzione dell'azienda non parte dalla premessa della disponibilità di risorse, lo dico dal punto di vista, come dire, tecnico-politico.

E' evidente... (...) Scusi, ragioniamo però sul piano che attualmente è in discussione, altrimenti... (...) E' chiaro che possono esserci interpretazioni lessicali che possono lasciare adito, per carità, ma da questo punto di vista c'è stata la conclusione dell'Assessore Mezzolani, che ritengo - ancorché migliorabile, tutto è migliorabile in termini di impegno - abbia chiarito la disponibilità politica della Giunta, e poi lo vedremo dal voto successivo, a raggiungere questi obiettivi.

Dico allora solo questo, che per raggiungere obiettivi di questa portata è necessaria una grande unità d'intenti, la capacità politica di portare avanti un percorso e raggiungere degli obiettivi.

Penso, lo dico in tutta franchezza, che il vezzo di dire "va bene questo più uno" alla fine induca tutti a non raggiungere un obiettivo che invece credo sia alla nostra portata.

Inoltre vorrei che il ragionamento che oggi stiamo facendo non abbia una valenza interna al partito, nulla deve implicare, nulla deve avere a che fare con

un progetto così importante, quale appunto quello di ridisegnare la politica sanitaria nel territorio piceno.

E consentitemi di dire a tutti i colleghi Consiglieri di minoranza e maggioranza che rappresentano quel territorio, e lo dico per primo a me stesso, che dobbiamo abbandonare quell'atteggiamento che troppo spesso in molti interventi, anche forse nel mio, ci vede piangerci addosso.

La caratterizzazione, la capacità di raggiungere un obiettivo è fondata sulla capacità politica di portare avanti un percorso e degli obiettivi. Poi chi sarà più "bravo", e non è detto che saremo noi, avrà la responsabilità di raggiungere questi obiettivi.

E' per questo che invito il Consigliere Perazzoli, se lo riterrà opportuno, alla luce del percorso che è stato fatto all'interno del partito, all'interno del Gruppo, alla luce della discussione emersa in questo consesso, di valutare, per non introdurre elementi obiettivamente di difficoltà in generale, la possibilità di ritirare l'emendamento, dopo appunto le rassicurazioni, gli impegni, i contributi che si sono manifestati negli interventi e in primis dall'Assessore Mezzolani.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Trenta.

Umberto TRENTA. Presidente Spacca, stamattina – io sono uomo che vive di impulsi – quando ho parlato di alcune cose avevo previsto che questo sarebbe avvenuto. Questo le fa onore! Però dobbiamo uscire dal protagonismo esasperato che alla fine penalizza solo i territori.

Cuor di Leone e Giovanni Senzattera... (...) Sì, Riccardo Cuor di Leone e Giovanni Senzattera... (...) No, nessuno mi suggerisce, Assessore Marconi, io ho una preparazione culturale e professionale che mi consente di parlare per ore dalla storiografia alla sanità per poi arrivare alla fantasanità cameliana e all'ambiente dell'Assessore Donati! Ognuno il suo!

Presidente Comi, lei oggi è stato stupefacente. Arriva un piano sanitario e lei, come Presidente, emenda su tutto. Poi si ricorda anche che deve fare qualche subemendamento. Ma qui è tutto normale, l'attività politica è anche questo. Ma il bello della diretta è capire dove vogliamo andare.

Io avevo delle difficoltà, perché non avevo questo bellissimo, fantasiosissimo, per certi versi entusiasmante piano sanitario. Piano sanitario che molte Regioni non fanno. Ma Almerino Mezzolani non a caso fa l'Assessore, sempre gestito dal Presidente Spacca, che anche oggi ha dato la dimostrazione che abbiamo un governatore. E questo piaccia o dispiaccia è nei fatti. Lui gestisce, parla di cose sostenibili, di cose vere, anche se i Consiglieri improvvisano e a volte inciampano. Però qui voglio dire un po' di qua e un po' di là. Se Natali vota l'emendamento di Perazzoli io non voto l'emendamento di Natali. Perché sono contro l'inciucio.

Mi fido di lei, Assessore Mezzolani, però diciamolo, ci mettiamo il tempo? Come dicevo stamattina al Presidente. Ce la sentiamo in sei mesi di risolvere quello che chiede il nord dell'Abruzzo sud delle Marche?

Lei prima, Assessore, mi ha detto che questa è una sanità virtuosa. Allora ho fatto le mie piccole ricerche, però adesso mi fermo solo al 20% della sanità privata nella nostra area vasta - che più vasta non c'è! - rispetto al 7-8% del resto della regione Marche. Ma andrò ancora avanti, lo farò lunedì quando parleremo di bilancio. Assessore Canzian, lei è stupefacente, sta diventando proselito della fantasanità

cameliana! Io la stimo e la rispetto, ma qui io sono il Consigliere d'opposizione e quando invece sono Presidente del suo Consiglio comunale lei è il mio consigliere di riferimento perché anche lì si riesce ad amministrare per le cose sostenibili e possibili.

Assessore Mezzolani, su questo piano lei mi ha convinto, glielo devo dire, mi ha convinto perché ha lavorato bene e lo ha raccontato meglio, per cui mi auguro che realizzi puntualmente.

Io faccio sempre quello che penso e cerco di sostenere quello che dico. Ecco, siccome io non ho dubbi che lei, insieme al governatore Spacca, che governa veramente, metterà un limite temporale alle esigenze del territorio. (...) Grazie Perazzoli! Quando parla bene...

PRESIDENTE. Consigliere, è una questione di serietà, stiamo approvando il piano socio-sanitario!

Umberto TRENTA. No, Presidente, se mi dice che stiamo approvando questa cosa ci mette le risorse sostenibili e non le promesse da sostenere! Se dice che sta approvando un piano, per me che sono di cultura tecnica, significa che quando devo fare la progettazione di un edificio devo avere le risorse per sapere se farlo di un piano, due, tre, quattro o cinque piani. Qui siccome siamo a 5 aree vaste perlomeno mettiamoci le risorse vere. E partiamo, come diceva il Consigliere Bucciarelli, da chi ha più bisogno. Eticamente penso di aver capito il suo intervento ove diceva che bisogna partire dalle situazioni più deboli in senso generale sulla sanità territoriale.

Rispettiamo le aree montane. Assessore Mezzolani, credo di aver capito che lei ha preso un impegno per l'ospedale di Pergola, ma penso di aver capito che c'è anche speranza per l'ospedale di Amandola. Ma che questi non siano solo annunci. Perché allora ha ragione Camela a fare avanti e indietro, a tentennare, provoca e poi si ritira perché, dice, mi ha convinto. No! E' il governatore Spacca che vi ha detto "ritirate gli emendamenti". Quindi questo avverrà. (...) Non l'ha detto? Ma lei è eloquente Presidente! Lei è un uomo di potere vero, lei gestisce i suoi assessori, li comanda a bacchetta, gli dà il compito, lo dà al Capogruppo, lo dà a Comi. E' così! Io sono di cultura presidenzialista.

Quindi, Assessore Mezzolani, se questo rimane, io sfido tutti, anche il mio Gruppo, lo voto e sostengo. Ma se questo non è, Almerino Mezzolani, lei perde la faccia, e allora capisco che cosa significa "attacca l'asino dove vuole il padrone"!

PRESIDENTE. Ha la parola il Presidente Spacca.

**Gian Mario SPACCA.** Al di là delle abilità oratorie di chi ha parlato, che ha cercato di far riferimento a stati emotivi che in qualche modo possono condizionare un percorso di riflessione razionale rispetto a quello che dobbiamo votare, vorrei richiamare la considerazione di tutti, in modo particolare dei proponenti degli emendamenti, sul contenuto sostanziale degli stessi, facendo una premessa. Ossia, oggi approviamo un piano socio-sanitario, non stiamo parlando né del modello organizzativo della sanità che abbiamo definito con legge, e che solo con legge può essere modificato, né del piano di investimenti. Un piano di investimenti è articolato in fasi differenti, per cui abbiamo un primo, un secondo e un terzo stralcio che è sotto la spada di Damocle di quello che sarà lo

scenario finanziario, di quello che determinerà il nostro Governo nazionale. Rispetto al quale potremo avere vantaggi o svantaggi, possibilità di realizzare compiutamente il disegno che ci proponiamo, che è molto ambizioso, nell'arco del decennio, oppure handicap che dovremo risolvere con le nostre forze, come spesso è avvenuto in questa legislatura attraverso l'organizzazione di risorse che riusciamo a trovare con modalità differenti.

Allora, siccome questo è un piano socio-sanitario ci dobbiamo concentrare in modo razionale sul testo; al di là delle emozioni e dell'emotività che in modo anche provocatorio qualcuno cerca di sottolineare facendo leva sull'orgoglio degli Assessori o dei Consiglieri.

L'ha detto il Presidente Comi, alla questione che qui è stata sollevata questo piano è di una chiarezza esemplare.

Mi permetto di prendere il testo e leggerlo alla pag. 115, quando si parla di programmazione centrata sull'area vasta, che rappresenta il core business di tutta la riforma, dopo quello che succede a Pesaro, l'integrazione sperimentale tra l'Azienda San Salvatore di Pesaro e l'Ospedale Santa Croce di Fano, si parla immediatamente del "progetto di gestione integrata sperimentale tra l'Ospedale C.G. Mazzoni di Ascoli Piceno e l'Ospedale Madonna del Soccorso di San Benedetto del Tronto – ASUR zone territoriali n. 12 e n. 13 nel contesto dell'Area vasta 5, propedeutica all'istituzione degli Ospedali Riuniti Marche Sud".

E se questo non fosse sufficientemente chiaro, a pag. 224 si definisce l'avvio di questa procedura, quando si parla di complesso di piani di azione, si dice "la contestuale realizzazione, a sud della regione (integrazione Ascoli-San Benedetto), di una realtà unica gestionale e strutturale per la copertura del bisogno di cura e assistenza al livello minimo di area vasta, con il consolidamento dell'Azienda Ospedaliera Ospedali riuniti Marche Sud".

Un piano socio-sanitario di più non poteva fare. E di più non si poteva dire. In un documento che ha questo profilo formale non si possono introdurre elementi maggiori.

L'emendamento a cui si riferisce Perazzoli è un emendamento – il Presidente Comi l'ha spiegato con grande chiarezza – che riguarda le modalità istitutive dell'azienda ospedaliera, che è nel programma di governo della Regione Marche, non nasce da altre considerazioni, pertanto è una logica, come è stato detto, di equilibrio nord-sud-centro, che in qualche modo va alla cattura della mobilità passiva che è una delle voci maggiormente pesanti della nostra Regione.

Quindi la strategia, il progetto è questo, e non ce ne può essere un altro.

Il Consigliere Trenta stamattina, quando ancora era più lucido e quindi non giocava sulle emozioni dei Consiglieri e degli Assessori, ha lanciato una sfida. E questa sfida è stata raccolta dal Consigliere Camela. Benissimo. E' nei pieni poteri dell'Assemblea legislativa. Ma la modalità per l'istituzione dell'azienda ospedaliera passa per una proposta di legge, non passa per una modifica di un atto amministrativo. E' lì il punto dove ci dobbiamo incontrare. E, ripeto, incontrare non su posizioni dialettiche ma su posizioni che convergono sullo stesso punto.

Io mi sono arrabbiato con il Consigliere Perazzoli e mi sono arrabbiato con il Consigliere Camela, perché nella maggioranza – voi tappatevi le orecchie! - ci eravamo detti che siccome problemi come questi ci sono in tutte le zone delle Marche e vogliamo fare un atto che riguarda il complesso della sanità regionale, ecco, per evitare che qualche Consigliere sia più abile, qualche altro più umile e

qualcun altro più sveglio, si era decisa una modalità, quella cioè di passare attraverso il Presidente della Commissione e l'Assessore per concordare gli emendamenti. E gli emendamenti concordati vincolavano la maggioranza. Quindi non era possibile per nessuno. Anche se Sciapichetti avrebbe voluto per Macerata, anche se magari io stesso avrei voluto per altre aree della nostra regione o Sara Giannini avrebbe voluto per altre parti del territorio regionale. Ci siamo vincolati a questo metodo. Per cui se vogliamo essere coerenti con le modalità di lavoro che ci siamo dati questo metodo lo dobbiamo rispettare. Quindi, e faccio contento il Consigliere Trenta, invito formalmente il Consigliere Camela e il Consigliere Perazzoli a fare questa cortesia nei confronti dei loro colleghi che avrebbero voluto presentare emendamenti a maggiore specificazione o a maggiore chiarezza o semplicemente - cosa che peraltro non si raggiunge attraverso l'emendamento che propone Perazzoli - a voler sottolineare il loro impegno nei confronti del territorio di riferimento. Siccome ormai dobbiamo avere una visione di carattere regionale, e siamo qui per cercare gli equilibri e l'armonia nel contesto regionale di un governo regionale che offre a ogni singolo cittadino delle Marche le stesse possibilità di accesso ai servizi, bisogna che ci poniamo su una modalità di lavoro che sia reciprocamente rispettosa. Ci eravamo dati una regola, questa regola la dobbiamo rispettare.

PRESIDENTE. Emendamento n. 6. Lo pongo in votazione. (...) Chi fa la richiesta di appello nominale? Zinni, Natali, Foschi. Bene. E' aperta la votazione per appello nominale.

Favorevoli: Acquaroli, Bugaro, Carloni, D'Anna, Eusebi, Foschi, Latini, Marangoni, Marinelli, Massi, Natali, Perazzoli, Pieroni, Zaffini, Zinni

Contrari: Badiali, Bucciarelli, Busilacchi, Canzian, Comi, Donati, Giancarli, Giannini, Giorgi, Luchetti, Malaspina, Marconi, Mezzolani, Ortenzi, Petrini, Ricci, Sciapichetti, Solazzi, Spacca, Travesini, Trenta.

Astenuti: Acacia Scarpetti, Camela, Romagnoli, Silvetti.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 7 del Consigliere Natali:

Capitolo II GOVERNANCE E APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA paragrafo 11.1.3 Le cabine di regia. Sub. Piano degli investimenti strutturali – pag.33 - dopo le parole "Progettazione del nuovo ospedale di Fermo" Sopprimere il 7° capoverso ed inserire il seguente: "Piano degli investimenti da programmare. Si procederà all'istituzione dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Sud" con apposita legge regionale. In coerenza con le disponibilità finanziarie erogate dal Ministero attraverso gli Accordi di programma si procederà allo studio di fattibilità per la realizzazione delle nuove strutture ospedaliere relativa all'Area Vasta 3 e dell'Area Montana. Successivamente all'istituzione dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Sud" si procederà allo studio di fattibilità, sempre in coerenza con le disponibilità finanziarie, per la realizzazione di una nuova struttura ospedaliera dell'Area Vasta 5".

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Parere contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 8 dei Consiglieri Perazzoli, Camela:

Al capitolo II.1.3 dell'allegato B, a pag. 33, sesto capoverso sostituire le parole "alle Aree Vaste territoriali 3 e 5 e all'area montana nonché alla valutazione delle modalità istitutive dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Sud" con le seguenti: "all'Area Vasta territoriale 3 e all'area montana".

Ha chiesto la parola il Consigliere Camela.

Valeriano CAMELA. Un po' mi stupisco del fatto che professionisti che hanno lunga esperienza in un certo settore continuano ad insistere nel dire che un'iniziativa relativa all'istituzione dell'azienda ospedaliera, qualunque essa sia, in questo caso Marche Sud, era già in corso nel precedente mandato. Senza sapere che se un provvedimento avviato in un determinato mandato ma a scadenza senza avere un esito attraverso una votazione, decade.

Sono contento che sia emersa una discussione approfondita su questo punto, che tocca in maniera delicata il nostro territorio.

Sono molto soddisfatto delle promesse, quindi, al di là delle parole, io sto a questo, a quello che ho percepito e che è stato ribadito.

Dunque se questo è stato un sasso nello stagno per far emergere una discussione vera su un impegno corale dell'Assemblea legislativa e della Giunta, ci sto, **sono un collaborativo stimolativo non frenante**, sono per guardare oltre la collinetta. E' il mio stile, mi misuro con queste difficoltà. Domani presenterò la proposta di legge per l'istituzione dell'azienda, quindi ci metto la faccia. (...) E' sul piano socio-sanitario la propedeuticità dell'istituzione dell'azienda Marche Sud, quindi tutto il resto è secondario. Io sto alla volontà espressa.

PRESIDENTE. Consigliere Camela, non ho capito, ritira l'emendamento? (...) Ritira la firma, perfetto.

Ha la parola il Consigliere Natali.

Giulio NATALI. Solo per ricordare a me stesso, non a altri, che le proposte di legge decadono si sa. Quando si ribadisce una volontà politica che manifesta una Giunta, nel 2009 era questo il senso di quello che dicevo. Ma lo ricordo a me stesso, non lo ricordo ai Presidenti di Consiglio né alle persone responsabili. I responsabili, lo dicevo prima, sono gli Scilipoti di turno.

PRESIDENTE. Emendamento n. 8, a questo punto solo a firma Perazzoli. Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Parere contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 9 dei Consiglieri Massi, Trenta, Natali, Foschi, Ciriacci, Acquaroli, Carloni, Marinelli:

Alla tabella B, pag. 33, paragrafo "piano degli investimenti strutturali" sopprimere le parole: "e all'area montana".  
Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Parere contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 10 della Consigliera Foschi:

Al capitolo II 2.2 Lo sviluppo del sistema, a pag. 40 nono capoverso, dopo le parole "per acuti negli ospedali di rete" aggiungere: ", nelle strutture ospedaliere di dimensioni limitate".

Ha la parola la Consigliera Foschi.

Elisabetta FOSCHI. Questo emendamento introduce la possibilità di dotare anche gli ospedali minori, gli attuali ospedali di polo, alcuni di essi, che saranno individuati a seconda di precise caratteristiche, di posti letto per acuti. Altrimenti anche quello che l'Assessore Mezzolani ha detto prima provando a garantire quei territori che sono sede di ospedali di polo non potrebbe verificarsi. Attualmente il piano dice che i posti per acuti vengono assegnati agli ospedali di rete, alle aziende e all'Inrca. Se non si precisa dunque che possono essere assegnati anche alle strutture di dimensioni limitate, vuol dire che si segna la morte definitiva delle strutture minori, tutte.

PRESIDENTE. Emendamento n. 10. Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 11 della Consigliera Foschi:

Al capitolo II 2.2 Lo sviluppo del sistema, a pag. 40 nono capoverso, dopo il primo punto dell'elenco puntato inserire uno nuovo: "valutazione dell'ubicazione montana, della variabilità disagiata e della distanza delle piccole strutture ospedaliere dagli ospedali di rete o dalle aziende ospedaliere della rispettiva area vasta".

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 11 bis della quinta Commissione:

Allegato B, cap. II 2.4 – Aziende e aree vaste, a pag. 44 alla fine del primo capoverso dopo le parole "nel quadro della programmazione regionale" aggiungere le seguenti: "secondo quanto previsto dalla normativa vigente".

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Favorevole.

(L'Assemblea legislativa approva)

Emendamento n. 12 della Consigliera Foschi:

Al capitolo II 2.5 Il percorso operativo per l'implementazione del PSSR, a pag. 45, ultimo capoverso, dopo le parole "per acuti negli ospedali di rete" aggiungere: "nelle strutture ospedaliere di dimensioni limitate".

Ha la parola la Consigliera Foschi.

Elisabetta FOSCHI. Chiedo l'appello nominale insieme ai Consiglieri Zinni e Natali. L'emendamento ripropone sostanzialmente quello fatto prima. In più parti del piano viene precisata l'attribuzione dei posti letto per acuti, quindi, ribadisco, se non lo si comprende in queste linee strategiche poi è inutile andare a dire che gli ospedali minori vengono salvaguardati.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Comi.

Francesco COMI. Una puntualizzazione. Nulla da eccepire sulla richiesta di voto nominale, ma voglio chiarire una cosa. Abbiamo scritto esattamente il numero di posti letto da riconvertire, ovvero abbiamo individuato in 270 i posti che da acuti diventano posti letto per cronicità.

Il numero dei posti letto è di 900 per la lungodegenza e 5.500 per la medicina. Il che significa che riconvertire 250 posti su 6.000 non equivale necessariamente alla chiusura di tutti i posti letto per acuti, ma di quel numero che sta dentro il parametro del 3,3 indicato dal patto per la salute.

Quindi indicare in modo perentorio una categoria di ospedali come indicativa di una categoria di posti letto è limitativo.

PRESIDENTE. Ha la parola la Consigliera Foschi.

Elisabetta FOSCHI. Se quello che dice il Presidente Comi fosse vero non avrebbe problemi a sostenere l'emendamento. Temo, e purtroppo ne sono ancora più convinta dopo aver sentito il suo intervento, che i posti letto per acuti in questa maniera vengono concentrati in altre strutture, e in quelle minori vengono sì messi i posti di lungodegenza. Perché che si vada al 3,3 e a 0,7 l'ho capito, ma non vorrei che lo 0,7 fosse tutto nelle piccole strutture e il 3,3 nelle strutture di rete, nelle aziende ospedaliere e nell'Inrca.

PRESIDENTE. Emendamento n. 12. Lo pongo in votazione. (...) Bene, appello nominale a nome Trenta, Foschi, Natali.

Francesco COMI. Contrario.

Favorevoli: Acquaroli, Binci, Bugaro, Carloni, D'Anna, Foschi, Marangoni, Marinelli, Massi, Natali, Romagnoli, Silveti, Trenta, Zaffini, Zinni

Contrari: Acacia Scarpetti, Badiali, Busilacchi, Camela, Canzian, Comi, Donati, Giancarli, Giannini, Giorgi, Luchetti, Malaspina, Marconi, Mezzolani, Ortenzi,

Perazzoli, Petrini, Ricci, Siapichetti, Spacca, Traversini  
Astenuiti: Pieroni

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 12 bis della quinta Commissione:

Allegato B CAP. II.2.5 - Il percorso operativo per l'implementazione del P5SR alla pag. 47 sostituire il secondo capoverso con il seguente: "A seguito

dell'approvazione del presente piano dovrà immediatamente attivarsi un Tavolo regionale di programmazione presieduto dall'Assessore alla Salute, dall'Assessore per il Sostegno alla famiglia e Servizi Sociali e coordinato dal Direttore del Dipartimento per la salute e per i servizi sociali, a cui partecipano le Direzioni Generali dell'ASUR, delle Aziende Sanitarie Ospedaliere e dell'INRCA, con il compito di tradurre le indicazioni regionali contenute nel piano medesimo, definendo entro il trenta aprile 2012 i piani di area vasta geograficamente intesa."

Lo pongo in votazione.

(L'Assemblea legislativa approva)

Emendamento n. 13 dei Consiglieri Marinelli, Massi. Decaduto.

Emendamento n. 13 bis della quinta Commissione. Decaduto.

Francesco COMI. No, il 13 bis non può decadere, Presidente, è un'ulteriore aggiunta.

PRESIDENTE. Va bene, pongo in votazione l'emendamento n. 13 bis della quinta Commissione:

Allegato B - CAP. II.2.5 - percorso operativo per l'implementazione del PSSR, alle pagg. 47 e 48 sostituire alla fine del capitolo gli ultimi due capoversi con il seguente: "I Documenti di programmazione prodotti, sono oggetto di concertazione preventiva con le organizzazioni sindacali ai vari livelli e sono adottati in via definitiva previo parere obbligatorio della competente commissione assembleare e acquisita la valutazione del Cal e del Crel."

Francesco COMI. Favorevole.

(L'Assemblea legislativa approva)

Emendamento n. 14 dei Consiglieri Marinelli, Massi:

Allegato B - pagina 48 Al capo 11.2.6 "L'implementazione delle reti cliniche" nel terzo punto dell'ultimo capoverso di pagina 48 le parole "Intensità di cura e di assistenza: l'attività delle reti si deve strutturare in aree/realità differenziate secondo le modalità assistenziali e l'intensità delle cure, al fine di superare gradualmente l'articolazione per reparti differenziati per disciplina specialistica e per favorire al meglio la segmentazione dei pazienti (suddividendoli in relazione alla tipologia di assistenza richiesta) e la focalizzazione sulle attività (circoscrivendo gli aspetti procedurali alle specificità della casistica da trattare)" sono sostituite con le seguenti: "Intensità di cura: l'attività delle reti si deve strutturare in aree/realità

differenziate secondo l'intensità delle cure per favorire al meglio la focalizzazione sulle attività (circoscrivendo gli aspetti procedurali alle specificità della casistica da trattare).".

Se non passa decadono gli emendamenti n. 15, 16, 17, 18, 42.

Lo pongo in votazione.

Francesco Comi. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 15 dei Consiglieri Marinelli, Massi. Decaduto.

Emendamento n. 16 dei Consiglieri Marinelli, Massi. Decaduto.

Emendamento n. 17 dei Consiglieri Marinelli, Massi. Decaduto.

Emendamento n. 18 dei Consiglieri Marinelli, Massi. Decaduto.

Emendamento n. 18 bis della quinta Commissione:

Allegato B CAP. II.4.5 - La razionalizzazione della rete dei servizi ATL alla pag. 66

sostituire l'ultimo capoverso con il seguente: "L'intento è quello di realizzare un

sistema "a rete" che permetta di gestire, su basi condivise, i processi di

razionalizzazione e centralizzazione degli acquisti di beni e servizi nel SSR,

favorendo la diffusione delle best practices e delle competenze centrali e locali

della Regione da concretizzarsi secondo quanto previsto dall'articolo 9, comma 2,

d.lgs. n. 149/2011 e dalla l.r. 13/2003 e successive modificazioni.".

Lo pongo in votazione.

Francesco Comi. Favorevole.

(L'Assemblea legislativa approva)

Emendamento n. 19 del Consigliere Pieroni:

A pag. 99, il 2° punto dell'ottavo capoverso del paragrafo "L'evoluzione delle aree

della prevenzione collettiva" del Cap. V.1 "Rete della prevenzione e della

assistenza collettiva - Il contesto di riferimento" – responsabilizzare e coinvolgere il

cittadino per favorire scelte e stili di vita salutari; è sostituito dal seguente:

“responsabilizzare e coinvolgere il cittadino per favorire scelte e stili di vita salutari

in stretto raccordo con gli altri servizi che si occupano di Educazione e Promozione

alla salute attraverso un coordinamento centralizzato in staff di direzione di area

vasta "

Lo pongo in votazione.

Francesco Comi. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 20 del Consigliere Pieroni:

Il 7° paragrafo del Cap. V.3 La pianificazione delle. azioni - "Emanare, entro sei

mesi dall'approvazione del presente Piano Socio Sanitario, un atto di indirizzo per

l'organizzazione, nell'ambito dei Dipartimenti di Prevenzione, delle funzioni di

promozione della salute" va sostituito dal seguente capoverso: "Emanare, entro sei mesi dall'approvazione del presente Piano Socio Sanitario, un atto di indirizzo per l'organizzazione e l'accordo delle funzioni di educazione e promozione alla salute al fine di consolidare un modello organizzativo a rete, centrato sulle Aree Vaste e coordinato dagli uffici comunicazione e relazioni con il pubblico".

Lo pongo in votazione.

Francesco Comi. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 20 A bis della quinta Commissione:

Allegato B, Cap. VI.2 La definizione della strategia e delle linee di intervento – La strategia. A pag. 107 al primo punto sopprimere le seguenti parole: "attraverso l'assegnazione all'Asur di tutte le centrali 118,".

Lo pongo in votazione.

Francesco Comi. Favorevole.

(L'Assemblea legislativa approva)

Emendamento n. 20 bis dei Consiglieri Marinelli, Massi:

Allegato B, Cap. VI.2 La definizione della strategia e delle linee di intervento – La strategia. Alla fine del primo punto sopprimere le seguenti parole: "e la centralizzazione dei pazienti al DEA di Il livello".

Lo pongo in votazione.

Francesco Comi. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 20 ter della quinta Commissione:

Allegato B, Cap. VI.2 La definizione della strategia e delle linee di intervento – La strategia. A pag. 108, dopo il terzo punto, aggiungere il seguente: "La riorganizzazione delle attività di risposta alle domande di emergenza e delle operazioni di soccorso e di trasporto sanitario che ne garantisca la gestione uniforme su tutto l'ambito regionale e l'equità di accesso al sistema ospedaliero e di emergenza.".

Lo pongo in votazione.

Francesco Comi. Favorevole.

(L'Assemblea legislativa approva)

Emendamento n. 20 quater della quinta Commissione:

Allegato B - VI.2 La definizione della strategia e delle linee di intervento - Strategia  
Alla pag. 1A aggiungere alla fine e prima di "Le linee di intervento" il seguente capoverso: "Infine avviare la scuola di specializzazione in medicina di emergenza-

urgenza allo scopo di incrementare le competenze di settore avendo cura tuttavia di rispettare e salvaguardare le competenze di professionalità afferenti alla stessa area di intervento ed in particolare quelle della specialità in anestesia e rianimazione i cui professionisti saranno gli unici che continueranno a svolgere, in maniera esclusiva, le attività di terapia intensiva.".

Lo pongo in votazione.

Francesco Comi. Favorevole

(L'Assemblea legislativa approva)

Emendamento n. 21 del Consigliere Marangoni:

Parte capitolo VI - paragrafo VL2 "LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO", al sottoparagrafo "Le Linee di intervento" il punto:

Determinazione del fabbisogno di personale delle Centrali Operative 118 e ridisegno delle postazioni del sistema territoriale di soccorso, in base a:

- normativa;
- storico delle chiamate pervenute nelle centrali dall'attivazione del sistema 118; dati disponibili nelle base dati delle centrali relativi agli interventi del sistema territoriale di soccorso;
- gestione dei sistemi informatici e di comunicazione; formazione e miglioramento della qualità.;
- gestione amministrativa legata al sistema dei trasporti;
- gestione delle chiamate di Continuità Assistenziale".

E' sostituito dal seguente:

Determinazione del fabbisogno di personale delle Centrali Operative 118 e ridisegno delle postazioni del sistema territoriale di soccorso, in base a:

- normativa;
- storico delle chiamate pervenute nelle centrali dall'attivazione del sistema 118;
- dati disponibili nelle base dati delle centrali relativi agli interventi del sistema territoriale di soccorso;
- localizzazione della Centrale in comuni ad alto afflusso turistico stagionale; gestione dei sistemi informatici e di comunicazione; formazione e miglioramento della qualità;
- gestione amministrativa legata al sistema dei trasporti;
- gestione delle chiamate di Continuità Assistenziale.".

Ha la parola il Consigliere Marangoni.

Enzo MARANGONI. Qui il riferimento è ai comuni ad alto afflusso turistico stagionale. E' solo questa la modifica. Stiamo parlando della rete di emergenza urgenza intesa come l'insieme del sistema del 118. Queste criticità il piano non le affronta, quindi ci sono delle disomogeneità di trattamento tra le varie zone della regione.

Chiedo venga inserita la frase "localizzazione della centrale in comuni ad alto afflusso turistico stagionale". Non possiamo tarare il piano sulla popolazione residente, ma dobbiamo tener conto che per due-tre mesi l'anno cambia completamente il riferimento. Parlo di tutta la costa per il turismo marino, ma anche di alcune località dell'entroterra, per le città d'arte e per le zone montane.

PRESIDENTE. Emendamento n. 21. Lo pongo in votazione.

Francesco Comi. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 22 del Consigliere Marangoni:

Parte II - capitolo VI - paragrafo VI.2 "LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO", al sottoparagrafo "Le Linee di intervento" il punto:

"Riorganizzazione della rete dei Punti di Primo Intervento (PPI) in funzione dei dati storici relativi a numeri totali di accesso, casistica dei codici di gravità, disponibilità di competenze specialistiche, funzione di filtro e supporto svolta da alcuni PPI nei confronti degli ospedali di riferimento, distanza dagli stessi e relativa viabilità di collegamento, presenza di postazioni sanitarie del Sistema territoriale di soccorso. Tale riorganizzazione tiene conto di quanto disposto dalla L.R. n. 36/2008, art. 14, comma 2, e mira a superare le attuali criticità citate riorganizzando e razionalizzando l'accesso alla rete dell'emergenza-urgenza sanitaria a partire dalle realtà più periferiche, ottimizzando i percorsi all'interno della stessa rete, riducendo il numero dei trasporti secondari tra le strutture ospedaliere ed aumentando, in definitiva, la sicurezza degli Utenti primari (Pazienti) e secondari (personale sanitario) nei PPI della Regione".

E' sostituito dal seguente:

"Riorganizzazione della rete dei Punti di Primo Intervento (PPI) in funzione dei dati storici relativi a numeri totali di accesso, casistica dei codici di gravità, disponibilità di competenze specialistiche, funzione di filtro e supporto svolta da alcuni PPI nei confronti degli ospedali di riferimento, distanza dagli stessi e relativa viabilità di collegamento, localizzazione prioritaria del PPI in aree ad alto flusso turistico stagionale, presenza di postazioni sanitarie del Sistema territoriale di soccorso. Tale riorganizzazione tiene conto di quanto disposto dalla L.r. n. 36/2008, art. 14, comma 2, e mira a superare le attuali criticità citate riorganizzando e razionalizzando l'accesso alla rete dell'emergenza-urgenza sanitaria a partire dalle realtà più periferiche, ottimizzando i percorsi all'interno della stessa rete, riducendo il numero dei trasporti secondari tra le strutture ospedaliere ed aumentando, in definitiva, la sicurezza degli Utenti primari (Pazienti) e secondari (personale sanitario) nei PPI della Regione".

Ha la parola il Consigliere Marangoni.

Enzo MARANGONI. Stessa cosa, ma questa volta con riferimento ai punti di primo intervento. Bisogna tener conto anche della stagionalità del flusso turistico, è importante.

PRESIDENTE. Emendamento n. 22. Lo pongo in votazione.

Francesco Comi. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 23 del Consigliere Marangoni:

Parte II - capitolo VI - paragrafo VI.2 "LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO", al sottoparagrafo "Le Linee di intervento" il punto:

"Riorganizzazine della rete dei Punti di Primo Intervento (PPI) in funzione dei dati storici relativi a numeri totali di accesso, casistica dei codici di gravità, disponibilità di competenze specialistiche, funzione di filtro e supporto svolta da alcuni PPI nei confronti degli ospedali di riferimento, distanza dagli stessi e relativa viabilità di collegamento, presenza di postazioni sanitarie del Sistema territoriale di soccorso. Tale riorganizzazione tiene conto di quanto disposto dalla L.R. n. 36/2008, art. 14, comma 2, e mira a superare le attuali criticità citate riorganizzando e razionalizzando l'accesso alla rete dell'emergenza-urgenza sanitaria a partire dalle realtà più periferiche, ottimizzando i percorsi all'interno della stessa rete, riducendo il numero dei trasporti secondari tra le strutture ospedaliere ed aumentando, in definitiva, la sicurezza degli Utenti primari (Pazienti) e secondari (personale sanitario) nei PPI della Regione".

E' sostituito dal seguente:

"Riorganizzazione della rete dei Punti di Primo Intervento (PPI) in funzione dei dati storici relativi a numeri totali di accesso, casistica dei codici di gravità, disponibilità di competenze specialistiche, funzione di filtro e supporto svolta da alcuni PPI nei confronti degli ospedali di riferimento, distanza dagli stessi e relativa viabilità di collegamento, localizzazione prioritaria del PPI in aree ad alto flusso turistico stagionale, presenza di postazioni sanitarie del. Sistema territoriale di soccorso. Tale riorganizzazione tiene conto di quanto disposto dalla L.R. n. 36/2008, art. 14, comma 2, e mira a superare le attuali criticità citate riorganizzando e razionalizzando l'accesso alla rete dell'emergenza-urgenza sanitaria a partire dalle realtà più periferiche, ottimizzando i percorsi all'interno della stessa rete, riducendo il numero dei trasporti secondari tra le strutture ospedaliere mantenendo il funzionamento del PPI per tutte le 24 h, nei PPI ad elevato numero di prestazioni, ed aumentando, in definitiva, la sicurezza degli Utenti primari (Pazienti) e secondari (personale sanitario) nei PPI della Regione".

Lo pongo in votazione.

Francesco Comi. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 24 dei Consiglieri Zinni, Foschi, Natali, Massi:

Capitolo VI RETE DELL'EMERGENZA URGENZA Paragrafo VI.2 La Pianificazione delle Azioni e delle linee di intervento sub. Le linee di intervento Pag 109. All'undicesimo punto, penultima riga, dopo le parole "risulta irrinunciabile l'istituzione" aggiungere le parole "di una forte struttura di" e sopprimere la parola "-un".

Lo pongo in votazione.

Francesco Comi. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 25 dei Consiglieri Zinni, Foschi, Natali, Massi:

Capitolo VI RETE DELL'EMERGENZA URGENZA Paragrafo VI.2 La Pianificazione delle Azioni e delle linee di intervento sub. Le linee di intervento - Pag 110, dopo l'ultima punto inserire "Tali funzioni presuppongono, naturalmente una struttura dotata di un'ampia autonomia economica e gestionale, a stretto contatto con il sistema regionale di governo della salute".

Lo pongo in votazione.

Francesco Comi. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 26 dei Consiglieri Zinni, Foschi, Natali, Massi:

Capitolo VI RETE DELL'EMERGENZA URGENZA Paragrafo VI.2 La Pianificazione delle Azioni e delle linee di intervento sub. Le linee di intervento - pag 110, all'inizio del primo capoverso prima della parola "Azioni" inserire le parole "Il Governo delle" e sopprimere la parola "le".

Lo pongo in votazione.

Francesco Comi. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 27 dei Consiglieri Zinni, Foschi, Natali, Massi:

Capitolo VI RETE DELL'EMERGENZA URGENZA Paragrafo VI.2 La Pianificazione delle Azioni e delle linee di intervento sub. Le linee di intervento - pag 110, al secondo capoverso dopo le parole "così come previsti dalla normativa regionale vigente" sopprimere le parole: "coincidenti con le centrali operative 118 delle aree vaste. Attenzione, Consiglieri, questo emendamento è identico al prossimo emendamento n. 27 A bis della V Commissione. Per cui se dovesse essere respinto farebbe decadere l'emendamento della Commissione.

Lo pongo in votazione.

Francesco Comi. Favorevole.

(L'Assemblea legislativa approva)

Emendamento n. 27 A bis della quinta Commissione. Decaduto.

Emendamento n. 27 bis dei Consiglieri Marinelli, Massi. Decaduto.

Emendamento n. 28 del Consigliere Marangoni:

Parte II, capitolo VI, paragrafo VI 3.1 LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI, al sottoparagrafo VI.I.3.1. Definizione Potes, il punto "aumentare la percentuale di servizi svolta dal mezzo di competenza della postazione" è sostituito dal seguente: "aumentare la percentuale di servizi svolta dal mezzo di competenza della postazione con dotazioni strumentali e risorse umane adeguate ai tipi di interventi stessi".

Ha la parola il Consigliere Marangoni.

Enzo MARANGONI. Qui siamo nell'area della pianificazione delle azioni. E' una specificazione di buon senso e di efficacia degli interventi. Laddove c'è scritto "aumentare la percentuale di servizi svolta dal mezzo di competenza della postazione" chiedo che venga aggiunto: "con dotazioni strumentali e risorse umane adeguate ai tipi di interventi stessi".

PRESIDENTE. Emendamento n. 28. Lo pongo in votazione.

Francesco Comi. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 28 bis della quinta Commissione:  
Allegato B, capitolo VI.3.1 Definizione Potes, alla pag. 111 sopprimere il secondo punto che inizia con "un maggior utilizzo".  
Lo pongo in votazione.

Francesco Comi. Favorevole.

(L'Assemblea legislativa approva)

Emendamento n. 29 dei Consiglieri Natali, Zinni, Foschi, Massi:  
Capitolo VI RETE DELL'EMERGENZA URGENZA Paragrafo VI.3 La Pianificazione delle Azioni - sub. Le linee di intervento - pag 111, dopo l'ultima alinea inserire "la dislocazione territoriale delle potes va concordata con i territori".  
Lo pongo in votazione.

Francesco Comi. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 30 dei Consiglieri Zinni, Foschi, Natali, Massi:  
Capitolo VI RETE DELL'EMERGENZA URGENZA Paragrafo VI.3.3 Punti di primo intervento, pag. 111, Al primo capoverso dopo le parole "in termini di prestazione medicalizzata" inserire le parole "disponibilità specialistica rianimatoria".  
Lo pongo in votazione.

Francesco Comi. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 31 del Consigliere Marangoni:  
PARTE II (I PROCESSI SANITARI) - Capitolo VII "RETE OSPEDALIERA" - Paragrafo VII.2 "LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO" - Sottoparagrafo VII.2.1 ("Assistenza ospedaliera"), il punto: "al modello sperimentale di organizzazione delle reti clinica, socio-sanitaria, di emergenza-urgenza, di prevenzione e dei servizi di supporto nel contesto dell'Area vasta 3 di Macerata,

Civitanova e Camerino; va sostituito con il seguente: "al modello sperimentale di organizzazione delle reti clinica, socio-sanitaria, di emergenza-urgenza, di prevenzione e dei servizi di supporto nel contesto dell'Area vasta 3 di Macerata, Civitanova e Camerino; modello che deve prevedere il mantenimento di quei servizi attualmente attivi nelle attuali strutture ospedaliere della medesima Area Vasta 3".

Ha la parola il Consigliere Marangoni.

Enzo MARANGONI. Qui chiedo che vengano aggiunte, dopo il riferimento all'area vasta 3 di Macerata, Civitanova e Camerino, le parole "modello che deve prevedere il mantenimento di quei servizi attualmente attivi nelle attuali strutture ospedaliere della medesima Area Vasta 3".

Su questo chiedo il supporto di qualche amico per chiedere il voto nominale. Ecco, lo chiedo a nome di D'Anna, Silveti, Marangoni.

PRESIDENTE. Emendamento n. 31. Lo pongo in votazione.

Francesco Comi. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 31 bis della quinta Commissione:

Capitolo VII.2.1 - Assistenza ospedaliera - alla pag. 115 settimo punto, dopo le seguenti parole: "alle linee di indirizzo per lo sviluppo dell'ospedale di comunità - Casa della salute nell'ambito dell'Area vasta, per la sperimentazione di un modello gestionale extraospedaliero che garantisca i livelli più bassi dell'emergenza, i servizi di prevenzione e servizi territoriali quali il consultorio, il sert, i servizi psichiatrici" aggiungere le seguenti: ", tenendo conto delle positive esperienze effettuate, come ad esempio quella dell'ospedale di comunità di Arcevia e di Treia;".  
Lo pongo in votazione.

Francesco Comi. Favorevole.

(L'Assemblea legislativa approva)

Emendamento n. 31 ter della quinta Commissione:

Capitolo VII.2.1 - Assistenza ospedaliera - alla pag. 115 ottavo punto che inizia con "al modello sperimentale" sostituire le parole "nell'Area montana" con le parole "nell'area montana geograficamente intesa".

Lo pongo in votazione.

Francesco Comi. Favorevole.

(L'Assemblea legislativa approva)

Subemendamento n. 31 quater/1 del Consigliere Comi:

Capitolo VII.2.1 - Assistenza ospedaliera - a pag. 116 al primo punto, dopo le

parole "(in cui saranno presenti le strutture organizzative dell'ospedale di rete) già disponibili" aggiungere le seguenti: "nel rispetto della normativa vigente".  
Lo pongo in votazione.

Francesco Comi. Favorevole.

(L'Assemblea legislativa approva)

Emendamento n. 31 quater della quinta Commissione:  
Capitolo VII.2.1 - Assistenza ospedaliera - alla pag. 116, al primo punto, dopo le seguenti parole: "allo studio di fattibilità sul nuovo Inrca/Ospedale di rete" aggiungere le seguenti: "(in cui saranno presenti le strutture organizzative dell'ospedale di rete) già disponibili come da normativa vigente".  
Lo pongo in votazione, così come emendato.

Francesco Comi. Favorevole.

(L'Assemblea legislativa approva)

Emendamento n. 32 del Consigliere Marangoni:  
PARTE II (I PROCESSI SANITARI) - Capitolo VII "RETE OSPEDALIERA" - Paragrafo VII.2 "LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO" - Sottoparagrafo VII.2.1 ("Assistenza ospedaliera"), il punto: "al protocollo di intesa per la riorganizzazione delle funzioni di assistenza ospedaliera dell'area sud di Ancona - presidi di Osimo e di Loreto" è sostituito dal seguente: "al protocollo di intesa per la riorganizzazione delle funzioni di assistenza ospedaliera dell'area sud di Ancona - presidi di Osimo e di Loreto"; nella fattispecie del PPI va mantenuto l'attuale funzionamento di 24 h su 24 così come riportato nell'Allegato A del protocollo di intesa, e con la presenza della Guardia Attiva di Anestesia; facendo così riferimento anche ai parametri indicati al capitolo relativo alla rete dell'emergenza urgenza";  
Ha la parola il Consigliere Marangoni.

Enzo MARANGONI. Presidente, è per dire, visto che lei si distrae, Presidente, che nell'emendamento n. 31 avevo chiesto la votazione per appello nominale assieme ai Consiglieri D'Anna e Silvetti. Lei non mi ha ascoltato, era distratto e quindi non lo ha ripetuto. I tecnici quindi non mi danno la stampa del risultato.

Vado all'emendamento n. 32. Fa riferimento al protocollo d'intesa per la riorganizzazione delle funzioni di assistenza ospedaliera dell'area sud di Ancona, presidi Osimo e Loreto, qui chiedo l'aggiunta delle seguenti parole: "nella fattispecie del PPI va mantenuto l'attuale funzionamento di 24 h su 24 così come riportato nell'Allegato A del protocollo di intesa, e con la presenza della Guardia Attiva di Anestesia; facendo così riferimento anche ai parametri indicati al capitolo relativo alla rete dell'emergenza urgenza".  
Chiedo anche per questo, Presidente, l'appello nominale insieme agli amici D'Anna e Silvetti.

PRESIDENTE. Emendamento n. 32. Lo pongo in votazione per appello nominale.

Francesco COMI. Contrario.

Favorevoli: Acquaroli, Bugaro, D'Anna, Foschi, Latini, Marangoni, Marinelli, Massi, Natali, Pieroni, Romagnoli, Silveti, Trenta, Zaffini

Contrari: Badiali, Bucciarelli, Busilacchi, Camela, Comi, Donati, Giancarli, Giannini, Giorgi, Luchetti, Malaspina, Marconi, Mezzolani, Ortenzi, Petrini, Ricci, Siapichetti, Solazzi, Traversini

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 33 del Consigliere Marangoni:

PARTE II (I PROCESSI SANITARI) - Capitolo VII "RETE OSPEDALIERA" - Paragrafo VII.2 "LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO" - Sottoparagrafo VII.2.1 ("Assistenza ospedaliera"), il punto: "al protocollo di intesa per la riorganizzazione delle funzioni di assistenza ospedaliera dell'area sud di Ancona - presidi di Osimo e di Loreto" è sostituito dal seguente: "al protocollo di intesa per la riorganizzazione delle funzioni di assistenza ospedaliera dell'area sud di Ancona - presidi di Osimo e di Loreto"; nella fattispecie del PPI va mantenuto l'attuale funzionamento di 24 h su 24 così come riportato nell'Allegato A del protocollo di intesa, e con la presenza della Guardia Attiva di Anestesia;"

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 34 del Consigliere Marangoni:

PARTE II (I PROCESSI SANITARI) - Capitolo VII "RETE OSPEDALIERA" - Paragrafo VII.2 "LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO" - Sottoparagrafo VII.2.1 ("Assistenza ospedaliera"), il punto: "al protocollo di intesa per la riorganizzazione delle funzioni di assistenza ospedaliera dell'area sud di Ancona - presidi di Osimo e di Loreto" è sostituito dal seguente: "al protocollo di intesa per la riorganizzazione delle funzioni di assistenza ospedaliera dell'area sud di Ancona - presidi di Osimo e di Loreto"; nella fattispecie del PPI va mantenuto l'attuale funzionamento di 24 h su 24 così come riportato nell'Allegato A del protocollo di intesa; "

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 35 dei Consiglieri Latini, Pieroni:

Al Paragrafo VII.2.1 dell'allegato B, pag. 116, al secondo punto aggiungere in fine: "che dovrà essere attuato e rispettato entro il termine del 30 giugno 2012;"

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 36 del Consigliere Marangoni:

PARTE II (I PROCESSI SANITARI) - Capitolo VII "RETE OSPEDALIERA" - Paragrafo VII.2 "LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO" - Sottoparagrafo VII.2.1 ("Assistenza ospedaliera"), il punto: "Le suddette linee di intervento, semplificando la rete ospedaliera, agevolano i successivi processi di determinazione dei posti letto" è sostituito dal seguente: "Le suddette linee di intervento, diversificando la rete ospedaliera, agevolano i successivi processi di determinazione dei posti letto".

Francesco COMI. Contrario.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Marangoni.

Enzo MARANGONI. L'emendamento n. 36 nel testo originario dice quanto segue: "Le suddette linee di intervento, semplificando la rete ospedaliera, agevolano i successivi processi di determinazione dei posti letto". Ecco, la parola semplificando la dice tutta, è una logica del taglio dei posti letto. Chiedo pertanto che la parola semplificando venga tramutata in diversificando. Quindi: "Le suddette linee di intervento, diversificando la rete ospedaliera, agevolano i successivi processi di determinazione dei posti letto". Cioè la logica non deve essere quella del taglio semplificando, ma quella del servizio ai nostri malati. Quindi chiedo di passare dal semplificando al diversificando.

Francesco COMI. Parere favorevole.

PRESIDENTE. Emendamento n. 36. Lo pongo in votazione.

(L'Assemblea legislativa approva)

Subemendamento n. 36 A bis/1 del Consigliere Solazzi:

Dopo la parola "polo" sostituire le parole che vanno da "attualmente in corso" fino a "territoriale disagiati" con le parole: "che per la loro posizione geografica, distanza e difficoltà nei collegamenti con le strutture sanitarie di rete manterranno i loro servizi, le loro unità operative complesse e la loro funzione per acuti".  
Ha la parola il Presidente Comi.

Francesco COMI. Con questa dichiarazione assolverò ad altri interventi che riguardano i riferimenti ai presidi ospedalieri che sono localizzati in aree orograficamente, demograficamente considerati marginali e svantaggiate. Noi nella riorganizzazione della rete ospedaliera abbiamo individuato regole puntuali ben precise, assegnando alle aziende, agli ospedali di rete, agli ospedali di polo, ai distretti rispettivamente funzioni diverse di alta specializzazione, di cura per le acuzie, di cura per le cronicità, di dedica all'integrazione del territorio.

Dentro questa regola generale abbiamo presentato un emendamento, il n. 36 A bis, che dice che per alcuni ospedali di polo, che a stretta interpretazione letterale dovrebbero essere dedicati soprattutto all'attività relativa alla cronicità, considerata la localizzazione orografica e le peculiarità di funzioni svolte da questi presidi territoriali, si possono potenziare e mantenere i servizi. Non li abbiamo menzionati, ma è chiaro il riferimento a ospedali come quello di Pergola, di Amandola, di Cingoli che possono avere e mantenere funzioni diverse.

Questo emendamento non puntualizza il nome del polo ospedaliero ma chiarisce il distinguo su cui orienteremo le nostre scelte. Quindi boccheremo gli altri emendamenti. Invitiamo coloro che hanno fatto puntualizzazioni più precise a ritirare, se vogliono, i loro, compreso il Presidente Solazzi, rispetto al quale nel merito le questioni sono state assolte.

PRESIDENTE. Guardi, io non intendo fare battaglie solitarie, ho presentato questo subemendamento all'emendamento perché a mio avviso chiariva un po' di più. Non si tratta di voler difendere tutto, io sono in linea con la razionalizzazione e quindi anche con la riconversione di molti ospedali, però ce ne sono alcuni che hanno una forte peculiarità. E in questo senso questo subemendamento chiariva rispetto l'emendamento proposto dal Presidente Comi.

Però, proprio perché sono convinto che le battaglie, quelle serie, non si intestano da soli o tanto per intestarsele, ma che invece si possono vincere lavorando insieme, ecco, se anche l'Assessore conferma la dichiarazione fatta da Comi, sull'attenzione a questi plessi che hanno una loro particolarità, come ad esempio quello di Pergola, lo ritiro e voto l'emendamento proposto dalla quinta Commissione.

Francesco COMI. Quindi lo ritira, Presidente?

PRESIDENTE. Sì, perché lei ha fatto un nome e sa che c'è una peculiarità. Ce ne sono diversi in provincia di Pesaro, però non è che ho sposato tutte le cause, qui c'era una peculiarità. Prendo atto che è stato esplicito questo riconoscimento, ringrazio e lo ritiro, perché, ripeto, è una battaglia che dobbiamo fare insieme. Emendamento n. 36 A bis/1 del Consigliere Solazzi. Ritirato.:

Emendamento n. 36 A bis della quinta Commissione:

Allegato B - VII.2.1 Assistenza ospedaliera, a pag. 116 sostituire il secondo capoverso dopo l'elenco puntato con il seguente:

"L'individuazione dei posti letto massimi per ciascuna Area Vasta, distribuiti negli Ospedali presenti per l'assistenza ai pazienti acuti e per l'assistenza post-acuzie e riabilitativa, dovrà essere coerente con l'analisi del fabbisogno secondo i criteri ed i parametri definiti dalla Regione e soprattutto dal Patto per la Salute 2010-2012, al netto delle funzioni universitarie e di quelle a carattere regionale (anche inerenti l'attività di riabilitazione delle strutture pubbliche e private accreditate) e in rapporto con la riqualificazione delle strutture ospedaliere di polo attualmente in corso e tenendo conto di situazioni specifiche dovute alla localizzazione orografica e alle peculiarità di funzioni svolte da presidi territoriali disagiati."

Ha la parola la Consigliera Foschi.

Elisabetta FOSCHI. Si dice che questo emendamento dovrebbe servire a salvare alcuni ospedali di polo, citando anche Pergola perché è presente. Ma secondo me questo non è sufficiente, perché si va a precisare nel paragrafo in cui si parla di redistribuzione di posti letto per acuti e posti acuti, è normale che lì si parli anche di strutture di dimensioni limitate.

Quindi questo emendamento, seppure cerca di migliorare la stesura originaria del piano, non garantisce nessuno. Non è vero, Presidente Comi, che garantisce le piccole strutture. Se si andasse a emendare anche la parte successiva relativa ai posti letto per acuti, sì, altrimenti così non assicura.

Lo voteremo perché è comunque migliorativo, ma andremo poi a chiedere il nostro voto anche sugli altri emendamenti, perché quelli rassicurano effettivamente le strutture di dimensioni limitate che si trovano a una distanza precisa dagli ospedali di rete. Questo invece crea forse la solita confusione all'interno della quale ci può stare tutto e ci può stare niente.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere D'Anna.

Giancarlo D'ANNA. Una volta tanto è possibile chiamare anche i luoghi, in questo caso gli ospedali, per nome e cognome. Già questo piano socio-sanitario dice tutto e il contrario di tutto e con questa formula qui ancora una volta seguiamo questa linea di condotta, che sembra accontentare tutti ma alla fine non accontenta nessuno. Cioè, non viene mai specificato qualcosa di chiaro e netto. Se dopodomani qualcuno viene a batter cassa e dice "scusate, avete votato quell'emendamento", ma poi si vede che lì non c'era scritto né Pergola, né Amandola, né Pesaro, né Urbino né quant'altro.

Quindi mi associo a chi dice che si può votare perché è migliorativo, però francamente preferirei qualcosa di più chiaro e netto, che ancora una volta non emerge.

Tra l'altro, detto molto francamente, di quanto dice l'Assessore Mezzolani non è che mi fido tanto. Prima delle elezioni era contro l'ospedale unico e dopo le elezioni era a favore. Dunque se andiamo in questa direzione o comunque ci fidiamo di ciò che lui dice, ecco, io francamente io non mi fido.

PRESIDENTE. Emendamento n. 36 A bis. Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Favorevole.

[\(L'Assemblea legislativa approva\)](#)

Emendamento n. 36 B bis del Consigliere Solazzi. Decaduto.

Emendamento n. 36 bis della Consigliera Foschi:

Al Capitolo VII 2.1 assistenza ospedaliera, a pag 116 al quarto capoverso dopo l'ultima alinea, dopo le parole "per acuti negli Ospedali di rete" aggiungere ", nelle strutture ospedaliere di dimensioni limitate"

Ha la parola la Consigliera Foschi.

Elisabetta FOSCHI. Ribadisco per l'ennesima volta che approvando questo

emendamento ed agganciandosi al testo così come emendato ora, allora sì che si garantirebbero di più gli ospedali di polo, perché si inserisce la possibilità di dotarli di posti letto per acuti, altrimenti no.

Chiedo l'appello nominale anche a nome dei Consiglieri Natali, e Zinni.

Presidenza del Vicepresidente  
Giacomo Bugaro

PRESIDENTE. Emendamento n. 36 bis. Lo pongo in votazione per appello nominale.

Francesco Comi. Contrario.

Favorevoli: Acquaroli, Bugaro, Carloni, D'Anna, Foschi, Latini, Marangoni, Marinelli, Massi, Natali, Romagnoli, Silvetti, Trenta, Zaffini, Zinni  
Contrari: Badiali, Busilacchi, Comi, Donati, Giancarli, Malaspina, Marconi, Mezzolani, Perazzoli, Petrini, Ricci

(L'Assemblea legislativa approva)

Favorevoli: Acquaroli, Bugaro, Carloni, D'Anna, Foschi, Latini, Massi, Natali, Romagnoli, Silvetti, Zaffini, Zinni  
Contrari: Acacia Scarpetti, Badiali, Busilacchi, Camela, Canzian, Comi, Donati, Eusebi, Giancarli, Giannini, Giorgi, Luchetti, Malaspina, Marconi, Mezzolani, Ortenzi, Perazzoli, Petrini, Pieroni, Ricci, Sciapichetti, Spacca, Travesini

(L'Assemblea legislativa non approva)

(anche su questo esito c'è chi lamenta che il proprio voto non risulta)

PRESIDENTE. Ma state scherzando! Non ha preso il voto? Lo esprima! Comunque, va bene, rivotiamo per la terza volta. Aperta la votazione.

Favorevoli: Acquaroli, Bugaro, Carloni, D'Anna, Foschi, Latini, Marangoni, Marinelli, Massi, Natali, Romagnoli, Silvetti, Trenta, Zaffini, Zinni  
Contrari: Acacia Scarpetti, Badiali, Bucciarelli, Busilacchi, Camela, Canzian, Comi, Donati, Eusebi, Giancarli, Giannini, Giorgi, Luchetti, Malaspina, Marconi, Mezzolani, Ortenzi, Perazzoli, Petrini, Pieroni, Ricci, Siapichetti, Spacca, Traversini

(L'Assemblea legislativa non approva)

PRESIDENTE. I Consiglieri erano in Aula, è inutile negare!

Emendamento n. 37 dei Consiglieri Zinni, Foschi, Natali, Massi:  
Al Capitolo VII Rete Ospedaliera Paragrafo VII.2 La definizione della strategia e delle linee di intervento sub.VII.2.3 Le liste di attesa - pag. 118, all'elenco puntato inserire tra il punto 2 e il punto 3: "Nell'ambito delle prestazioni ambulatoriali, è necessario procedere ad una ricognizione dell'utilizzo delle tecnologie e degli spazi e, laddove si verifici un sottoutilizzo anche in termini di orario, ampliarne la

fruibilità per almeno 12 ore giornaliere con omogeneizzazione dei tempi previsti per le prestazioni in tutte le strutture del servizio sanitario regionale".

Francesco COMI. Parere contrario. Invito i Consiglieri a seguire i lavori per evitare che poi magari si lamentino.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Zinni.

Giovanni ZINNI. Questo emendamento lo voglio illustrare. Lei, Presidente Comi, lo liquida così, e le ricordo che era quello che diceva di non annusare il piano sanitario ma di studiarlo! Allora credo che dovrebbe attentamente riflettere, insieme ai suoi colleghi di maggioranza, sul fatto che è possibile mettere come obiettivo l'utilizzo di fino a 12 ore giornaliere dei macchinari ad alta tecnologia per cercare il miglior coordinamento possibile sulla diagnostica e sulle prestazioni fra aziende ospedaliere e Asur affinché si possano ridurre le liste d'attesa. Quindi lei, Presidente Comi, questo se lo metta in testa. Decida adesso liberamente se è uno che vuole continuare ad allungare le liste d'attesa o se le vuole ridurre. Qui di buffoni non ce ne sono! Qui si dice una cosa molto semplice, noi possiamo decidere di usare i macchinari per la diagnostica quattro, cinque, sei come pure dodici ore. Ecco, noi le chiediamo dodici ore. E adesso esprimetevi!

PRESIDENTE. Emendamento n. 36. Lo pongo in votazione.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 38 dei Consiglieri Zinni, Foschi, Natali, Massi:  
Capitolo VII RETE OSPEDALIERA Paragrafo VII.2 La Definizione della Strategia e delle Linee di Intervento sub.VII.2.3 Le liste di attesa - Pag. 118 all'elenco puntato inserire tra il punto 4 e il punto 5: "Nell'ambito dell'abbattimento delle liste di attesa, è prevista in caso di impossibilità l'obbligatorietà di disdetta delle prestazioni, mediante un sistema efficiente (telefono-fax-mail), a tutela delle Aziende, ma anche della fruibilità e trasparenza per il cittadino. Qualora la disdetta non venga comunicata entro i 2 giorni lavorativi precedenti alla effettuazione, è previsto il pagamento di una sanzione amministrativa pari al costo della prestazione stessa, anche per i pazienti esenti. La sanzione non verrà erogata solo in caso di impossibilità oggettiva (come ad esempio malattia certificata, lutto, ricovero ospedaliero) documentata da comunicare almeno entro 90 giorni dalla data della stessa, dopo apposita approvazione di un regolamento".  
Ha la parola il Consigliere Zinni.

Giovanni ZINNI. Innanzitutto, Presidente, chiedo l'appello nominale anche a nome dei Consiglieri Foschi e Natali.

Quest'altro emendamento ha un valore molto forte. In buona parte dell'Italia è già vigente. Ed è soprattutto vigente, visto che qui si parla sempre di virtuosità sanitaria della Regione Marche, in Regioni che sono altrettanto virtuose.

Questo emendamento, cari colleghi, si riferisce al fatto di creare un meccanismo di reale trasparenza nella elaborazione delle liste d'attesa e delle prenotazioni al Cup.

Esso prevede due aspetti. Primo, se un utente prenota una prestazione ma poi non si presenta gli deve essere comminata una sanzione equivalente al ticket. In secondo luogo, per evitare complicazioni al cittadino - che certamente non dobbiamo metterlo in difficoltà quasi a trovare un *éscamotage* per fargli pagare a tutti i costi la prestazione - ci deve essere un sistema chiaro di disdetta: telefono, mail, punti possibili dove farlo, lottomatica, farmacia. A me non interessa dove, è semmai una scelta tecnica che farà l'ufficio competente. Quello che mi interessa è che bisogna fissare il principio che chi fa il furbo non lo può fare e allo stesso tempo bisogna essere trasparenti nei confronti dei cittadini, quindi, chi non si presenta alla prestazione, a meno che non abbia avuto, che so, un lutto, una malattia o qualunque altra causa per forza maggiore dimostrabile, deve pagare il ticket.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Comi.

Francesco COMI. Ci tengo a chiarire un aspetto, caro collega Zinni, per onestà rispetto a chi ha lavorato in questi mesi su questo testo. Noi ci siamo dati un metodo di lavoro, che abbiamo condiviso. Questo metodo di lavoro, che presupponeva un'analisi consapevole, meditata degli emendamenti, ha preteso da parte di tutti i Consiglieri la produzione tempestiva degli emendamenti. (...) Noi è un anno... (...) Io non interrompo nessuno, lei si vede da quale matrice politica deriva perché non fa parlare le persone!

Abbiamo discusso, dicevo, di oltre 300-350 emendamenti con grande serietà e attenzione. Il fatto di voler non confrontarsi sul merito degli emendamenti con i pareri tecnici dentro la Commissione ha un valore, invece il fatto di volerli produrre solo in Aula ha un significato politico elettorale. Chi li voleva esaminare e aveva a cuore la sua doviziosa e consapevole analisi doveva farlo nel luogo giusto. Io capisco l'esigenza di produrli qui, è perché ha un significato simbolico, non sostanziale.

Noi nel merito stiamo facendo un lavoro organizzativo. Il piano non indica nel dettaglio le sanzioni, indica obiettivi e azioni, ecco, su questo c'è un lavoro, che stiamo facendo anche con la riorganizzazione del Cup, per disciplinare l'offerta e i disservizi che ci sono.

Quindi inserire specificazioni di questo genere sono solo il frutto di un'esigenza di protagonismo che sfugge all'obiettivo di questa discussione.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Zinni, per dichiarazione di voto.

Giovanni ZINNI. **Nel dichiararmi ovviamente favorevole al mio emendamento**, voglio lasciare agli atti di questa Assemblea il vergognoso atteggiamento antidemocratico e irrispettoso del Presidente Comi rispetto al Regolamento, allo Statuto e nei confronti dell'Aula. Dire che gli emendamenti che possono passare sono solo quelli affrontati in Commissione, guardi, lei oltre ad essersi montato la testa, credo si debba prendere un bel manuale di diritto costituzionale e studiarcelo, e si ricordi che cos'è la democrazia, compagno Comi! Faccio notare com'è vergognoso che un'Aula come questa liquidi un emendamento di questo tipo dicendo che non è stato approfondito. Grazie a Dio che ha un Ruta dietro le spalle che le ha fatto correggere, in

Commissione, tutti i suoi emendamenti sbagliati, facendole fare i subemendamenti a correzione delle cavolate che ha fatto in quella sede! E con questo chiedo il voto favorevole come atto di responsabilità politica. Poi se se lo vuole bocciare dica che è perché non ci crede. Non penso ci voglia uno scienziato della Nasa per capire, in mesi di audizioni e di Commissione sanità, che effetto produce punire chi non si presenta a una diagnostica!

PRESIDENTE. Emendamento n. 38. Lo pongo in votazione per appello nominale.

Francesco COMI. Parere contrario.

Favorevoli: Acquaroli, Binci, Bucciarelli, Bugaro, D'Anna, Foschi, Latini, Marangoni, Massi, Natali, Perazzoli, Romagnoli, Silveti, Zaffini, Zinni  
Contrari: Badiali, Canzian, Comi, Donati, Giancarli, Giannini, Giorgi, Luchetti, Marconi, Mezzolani, Ortenzi, Petrini, Ricci, Siapichetti, Spacca, Traversini

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 39 dei Consiglieri Zinni, Natali, Massi:  
Capitolo VII rete ospedaliera, paragrafo VII.2.3 Le liste di attesa, a pag. 118, dopo l'ultimo punto inserire un ulteriore con il seguenti parole: "prevedere corsi di formazione per gli operatori del CUP, affinché siano in grado di dare risposte efficaci ed efficienti agli utenti."  
Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 40 dei Consiglieri Zinni, Natali, Massi:  
Capitolo VII rete ospedaliera, paragrafo VII.2.3 Le liste di attesa, a pag. 118, prima del secondo capoverso inserire: "Si costituirà un gruppo di lavoro che conduca un'analisi delle cause e delle criticità che gravano sulle liste di attesa."  
Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 40 bis della quinta Commissione:  
Allegato B, Capitolo VII Reti cliniche, a pag. 122 al terzo capoverso, quarto rigo, sostituire la parola "dovrebbero" con la seguente: "devono".  
Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Favorevole.

(L'Assemblea legislativa approva)

Emendamento n. 40 ter della quinta Commissione:

Al Cap. VIII - Reti Cliniche - paragrafo VIII.1 - Il contesto di riferimento, aggiungere al quarto capoverso il seguente periodo: "La riorganizzazione complessiva del percorso nascita, con la suddivisione tra il primo ed il secondo livello, nelle more della realizzazione delle Strutture ospedaliere previste, deve prevedere un livello intermedio, in grado di gestire donne in età gestazionale > 32 a 32 settimane e patologie neo-natali intermedie."

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Favorevole.

(L'Assemblea legislativa approva)

Emendamento n. 40 quater della quinta Commissione:

Cap. II, Governance e appropriatezza organizzativa. Capitolo VIII.2, pag. 123, al punto 1 aggiungere dopo Area vasta "mono o plurispecialistici anche trans murali".

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Favorevole.

(L'Assemblea legislativa approva)

Emendamento n. 41 del Consigliere Zaffini:

Al Cap. VIII.2, La definizione della strategia e delle linee di intervento, pag. 123 all'elenco puntato il punto 7 è modificato come segue: "ridurre il personale amministrativo e aumentare, secondo le esigenze reali, il personale sanitario".  
Ha la parola il Consigliere Zaffini.

Roberto ZAFFINI. Chiedo di ridurre il personale amministrativo e aumentare, secondo le esigenze reali, il personale sanitario. L'emendamento è chiaro, è bene specificarlo anche in questo atto.

Francesco COMI. E' scritto in sei posti dentro il piano.

PRESIDENTE. Emendamento n. 41. Lo pongo in votazione.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 42 dei Consiglieri Marinelli, Massi. Decaduto.

Emendamento n. 43 del Consigliere Marangoni:

PARTE II (I Processi sanitari) - Capitolo VIII (reti Cliniche) - paragrafo VIII.3 "La Pianificazione delle Azioni" il punto: "la rete Ostetrico-ginecologica, con l'obiettivo di applicare l'Accordo del 16 dicembre 2010 al fine di garantire il percorso nascita, con la previsione di razionalizzare i punti nascita in Area vasta entro il 2012, con l'intento di incrementare la sicurezza del parto, garantendo la presenza di una guardia attiva medico-ostetrica e neonatologica/pediatrica in tutti i punti nascita

che rimarranno attivi, e di ridurre il numero dei tagli cesarei;" è sostituito dal seguente: "la rete Ostetrico-ginecologica, con l'obiettivo di applicare l'Accordo del 16 dicembre 2010 al fine di garantire il percorso nascita, con l'intento di incrementare la sicurezza del parto, garantendo la presenza di una guardia attiva medico-ostetrica e neonatologica/pediatrica in tutti i punti nascita attivi, e di ridurre il numero dei tagli cesarei; a tal fine non possono essere previste le soppressioni in quelle strutture ospedaliere caratterizzate dalla presenza di UOS di ostetricia-ginecologia operanti a regime;  
Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 44 del Consigliere Marangoni:

PARTE II (I Processi sanitari) - Capitolo VIII (reti Cliniche) - paragrafo VIII.3 "La Pianificazione delle Azioni" il punto: "la rete Pediatrica, coerente con la necessità della rete Ostetrico-ginecologica, in una logica di ottimale utilizzo delle risorse in rapporto ai posti letto;" è sostituito dal seguente: "la rete Pediatrica, coerente con la necessità della rete Ostetrico-ginecologica, in una logica di ottimale utilizzo delle risorse in rapporto ai posti letto; a tal fine non possono essere soppressi quei servizi attualmente attivi e a regime presso le strutture ospedaliere attualmente esistenti;"

Se passa decadono gli emendamenti n. 45 e n. 46.

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 45 del Consigliere Marangoni:

PARTE II (I Processi sanitari) - Capitolo VIII (reti Cliniche) - paragrafo VIII.3 "La Pianificazione delle Azioni" il punto: "la rete Pediatrica, coerente con la necessità della rete Ostetrico-ginecologica, in una logica di ottimale utilizzo delle risorse in rapporto ai posti letto;" è sostituito dal seguente: "la rete Pediatrica, coerente con la necessità della rete Ostetrico-ginecologica, in una logica di ottimale utilizzo delle risorse in rapporto ai posti letto; a tal fine non possono essere soppressi quei servizi attualmente attivi e a regime;"

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 46 del Consigliere Marangoni:

PARTE II (I Processi sanitari) - Capitolo VIII (reti Cliniche) - paragrafo VIII.3 "La Pianificazione delle Azioni" il punto: "la rete Pediatrica, coerente con la necessità della rete Ostetrico-ginecologica, in una logica di ottimale utilizzo delle risorse in

rapporto ai posti letto;" è sostituito dal seguente: "la rete Pediatrica, coerente con la necessità della rete Ostetrico-ginecologica, in una logica di ottimale utilizzo delle risorse in rapporto ai posti letto; a tal fine non possono essere previste le soppressioni indicate dalla determina Asur n. 240 del 28 marzo 2011, relativamente all'UOC di pediatria dell'Ospedale di Recanati;"

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 47 del Consigliere Marangoni:

PARTE II (I Processi sanitari) - Capitolo VIII - paragrafo VIII.3 "La Pianificazione delle Azioni" il punto: "la rete Ortopedico-traumatologica, anche per la criticità legata alla mobilità extraregionale della popolazione marchigiana;" è sostituito dal seguente: " la rete Ortopedico-traumatologica, anche per la criticità legata alla mobilità extraregionale della popolazione marchigiana, con l'individuazione di un CTO nelle aree caratterizzate da forte afflusso turistico stagionale;"

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 48 del Consigliere Marangoni:

PARTE II (I Processi sanitari) - Capitolo VIII - paragrafo VIII.3 "La Pianificazione delle Azioni" il punto: "la rete Ortopedico-traumatologica, anche per la criticità legata alla mobilità extraregionale della popolazione marchigiana;" è sostituito dal seguente: "la rete traumatologica con l'individuazione di polo traumatologico in area a forte afflusso turistico stagionale;"

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 49 del Consigliere Marangoni:

PARTE II (I Processi sanitari) - Capitolo VIII - paragrafo VIII.3 "La Pianificazione delle Azioni" il punto: "la rete Ortopedico-traumatologica, anche per la criticità legata alla mobilità extraregionale della popolazione marchigiana;" è sostituito dal seguente: "la rete traumatologica con l'individuazione di polo traumatologico in area a forte afflusso turistico stagionale della fascia costiera e para-costiera;"

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 50 del Consigliere Marangoni:

PARTE II (I Processi sanitari) - Capitolo VIII - paragrafo VIII.3 "La Pianificazione delle Azioni" il punto: "la rete Ortopedico-traumatologica, anche per la criticità legata alla mobilità extraregionale della popolazione marchigiana;" è sostituito dal seguente: "la rete della traumatologia con l'individuazione di polo traumatologico in area a forte afflusso turistico stagionale della fascia costiera e para-costiera ed uno in un distretto interno baricentrico tra la fascia intermedia collinare e le aree montane;"

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 50 bis della quinta Commissione:

CAP. VIII - Reti cliniche – La rete Cardiologica, a pag. 126 nel secondo elenco puntato dopo l'undicesimo punto aggiungere il seguente punto: "Implementare i sistemi di monitoraggio e valutazione dei processi e degli esiti in ambito cardiologico-cardiochirurgico" aggiungere "L'Azienda Ospedali Riuniti garantisce l'attività cardiochirurgia adulti e pediatrici per i cittadini marchigiani in sinergia con le cardiologie delle altre Aziende e con i MMG, attraverso i propri professionisti, consulenti/referenti di un concreto sistema hub and spoke".

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Favorevole.

(L'Assemblea legislativa approva)

Emendamento n. 51 dei Consiglieri Giancarli, Bucciarelli, Binci, Cardogna, Badiali: Nell'allegato B, al paragrafo VII.3.1. "La rete cardiologica" è aggiunto infine il seguente punto: "istituire ed assicurare la piena autonomia ed operatività della S.O.D. di Cardiologia Pediatrica presso l'azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi", anche dotandola del personale necessario per il suo funzionamento."

Ha la parola il Consigliere Giancarli.

Enzo GIANCARLI. Con questo emendamento chiediamo di dar corso ad una delibera assunta dalla Giunta regionale nel gennaio 2010.

Siamo in presenza di un'eccellenza, la cardiochirurgia pediatrica, dunque è per questa ragione che chiediamo conservi la sua autonomia. Ovvero, ogni reparto sia di chirurgia che di medicina ha la propria autonomia, per cui la stessa cosa deve valere per la cardiologia pediatrica e cardiochirurgia pediatrica. Quindi chiediamo, ripeto, l'autonomia di questa specialità.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Comi.

Francesco COMI. Non voglio entrare nel merito delle osservazioni fatte dal collega Giancarli, che sono valide. Ci siamo posti il dubbio sull'approvazione di questo

emendamento considerato che in merito all'istanza di piena autonomia e operatività del servizio oggi insistono una serie di procedure pendenti, ci sono in corso tre procedimenti giudiziari. Quindi approvare oggi questa norma significa mettere in difficoltà procedure pendenti, mettere a rischio diritti che sono oggetto di una valutazione giudiziaria, rispetto alla quale abbiamo il massimo rispetto.

PRESIDENTE. Emendamento n. 51. Lo pongo in votazione.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 52 dei Consiglieri Massi, Acquaroli, Marinelli:

Nell'allegato B, pag. 127, paragrafo VIII.3.2 all'ultimo rigo dopo la parola "regionale" aggiungere le parole "che dovrà essere potenziata con l'attivazione anche dell'Ospedale di Macerata".

Ha la parola il Consigliere Massi.

Francesco MASSI. Porto a conoscenza i colleghi che a pag. 127, paragrafo VIII.3.2, si parla della organizzazione della rete regionale per l'assistenza del paziente affetto da ictus cerebrale. Di seguito si elencano i centri dotati di questo servizio. Li leggo: Ospedali Riuniti di Ancona, Inrca di Ancona, Ospedale di Jesi, San Benedetto del Tronto, Fermo e Fano. Macerata è l'unico territorio che non ce l'ha. Penso sia stata una disattenzione di Comi o dell'Assessore, ma potete rimediare senza alcuna enfasi. Ecco, nell'emendamento c'è scritto di prevedere anche il territorio maceratese.

PRESIDENTE. Emendamento n. 52. Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

Francesco MASSI. Dico adesso una cosa così risparmio qualche parola alla fine. L'anno scorso, di questi tempi, il Presidente Spacca ci ha prodotto un richiamo - un pistolotto, Presidente! - sull'apporto e il contributo della minoranza, sulla necessità di non fare demagogia, di prendersi la responsabilità di essere presenti nei lavori di Commissione e Assemblea... (...) Insomma, volevo dire, Presidente, che questo piano - come il bilancio, come il provvedimento sui comuni che voteremo dopo, come quello sull'organizzazione dei servizi idrici - è pieno di un apporto totale, responsabile e competente dell'opposizione. Lo volevo dire perché è un dialogo che abbiamo con il Presidente da dodici mesi. Abbiamo recepito e quest'anno è stato molto produttivo per noi.

PRESIDENTE. Dichiaro aperta la votazione sull'emendamento n. 52.

Francesco COMI. Favorevole.

(L'Assemblea legislativa approva)

Emendamento n. 53 della Consigliera Foschi:

Nell'allegato B, pag. 127, al paragrafo VII.3.2, all'ultimo rigo dopo la parola

“regionale” aggiungere le parole “che dovrà essere potenziata con l'attivazione anche dell'Ospedale di Urbino”.  
Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 54 del Consigliere Marangoni:

Parte II (I processi sanitari) Capitolo VIII (reti cliniche) paragrafo VIII.3.2 “la rete per l'ictus cerebrale”, dopo il punto: “mettere a regime anche in un'ottica di Area Vasta la Rete regionale delle Stroke Unit e degli Stroke Team;” è aggiunto il punto: “aumentare la dotazione strumentale, e dotare delle risorse umane professionalmente competenti per il loro uso, i centri ictus attualmente esistenti;”.  
Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 55 del Consigliere Marangoni:

Parte II (I processi sanitari) Capitolo VIII (reti cliniche) paragrafo VIII.3.2 “la rete per l'ictus cerebrale”, dopo il punto: “Definire e sviluppare in ottica di Area vasta la rete per la riabilitazione dei pazienti affetti da ictus cerebrale;” è sostituito dal seguente: “ Definire e sviluppare, anche in base a dati storici di accesso, e in ottica di Area vasta, la rete per la riabilitazione dei pazienti affetti da ictus cerebrale;”.

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 56 dei Consiglieri Zinni, Natali, Massi:

Capitolo VIII RETI CLINICHE paragrafo VII.3.3 LA RETE DELL'UNITA SPINALE - Pag 128 al terzo capoverso dopo le parole 'Avviene nell'Azienda "Ospedali Riuniti' aggiungere le parole “all'interno della divisione di neurochirurgia” e sopprimere la parola “prioritariamente”.

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 57 dei Consiglieri Zinni, Natali, Massi:

Capitolo VIII RETI CLINICHE paragrafo VII.3.3 LA RETE DELL'UNITA SPINALE - Pag 129 dopo il 4° punto dopo le parole “per la fase di stabilizzazione” aggiungere le parole “da effettuarsi presso le Unità Spinale Unipolari di Firenze e Perugia”.

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 58 del Consigliere Marangoni:

Parte II (I processi sanitari) Capitolo VIII (reti cliniche) paragrafo VIII.3.3 "la rete per l'unità spinale", dopo il punto: "La realizzazione di un osservatorio regionale permanente sul fenomeno della mielolesione coerente con la nuova normativa sui flussi informativi richiesti dal Ministero della salute attraverso un registro mielolesi;" è aggiunto il seguente: "creazione di una rete di assistenza psicologica per i pazienti mielolesi e le loro famiglie;".

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 59 dei Consiglieri Zinni, Natali, Massi:

Capitolo VIII RETI CLINICHE paragrafo VII.3.3 LA RETE DELL'UNITA SPINALE - Pag 129, all'ultimo capoverso dopo le parole "Reinserimento socio-familiare del soggetto mieloleso" inserire le parole "Nella fase di reinserimento socio-familiare è necessario prevedere, all'interno dell'Unità Valutativa Interdistrettuale U.V.I. della figura dell'operatore alla pari, al fine di ottimizzare il protocollo di presa in carico sul territorio della persona con lesione al midollo spinale, come sancito nella Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità ratificato anche dal Parlamento italiano.".

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 60 dei Consiglieri Zinni, Natali, Massi:

Capitolo VIII Reti Cliniche Paragrafo VIII.3 La Pianificazione Delle Azioni sub.VIII.3.6 La rete nefrologica, pag. 132 all'elenco puntato inserire tra il punto 2 e il punto 3: "Potenziare l'attività della nefrologia pediatrica, assegnando risorse mediche, strumentali ed operatori socio sanitari all'unità operativa dell'Ospedale Salesi per adeguare le prestazioni alle necessità pediatriche della Regione Marche".

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 61 del Consigliere Marangoni:

PARTE II (I Processi sanitari) - Capitolo VIII (reti Cliniche) - paragrafo VIII.3.6 "La rete

nefrologica", il punto: "incrementare i trattamenti dialitici domiciliari o nelle residenze con particolare attenzione ai pazienti uremici anziani e/o autosufficienti" è sostituito dal seguente: "incrementare i trattamenti dialitici domiciliari o nelle residenze dando priorità ai pazienti uremici non autosufficienti e/o anziani". Ha la parola il Consigliere Marangoni.

Enzo MARANGONI. Lo illustro anche per sdrammatizzare un po'. Il testo dice "incrementare i trattamenti dialitici domiciliari o nelle residenze con particolare attenzione ai pazienti uremici anziani e/o autosufficienti". Chiedo di sostituire quanto ho letto con: "incrementare i trattamenti dialitici domiciliari o nelle residenze dando priorità ai pazienti uremici non autosufficienti e/o anziani". La situazione di un anziano non autosufficiente e con varie patologie e della propria famiglia è una situazione molto difficile, diamo quindi la priorità a chi è costretto a letto da malattia e a chi ha realmente bisogno. Quindi ho capovolto le priorità.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 61 bis della quinta Commissione:  
CAP. VIII - Reti Cliniche - nuovo Punto 3.12 pag. 137 - Le malattie respiratorie croniche, aggiungere alla fine: "Dovrà essere sviluppata e completata nell'ambito della patologia pneumologica, la rete della interventistica con un centro regionale presso l'Azienda Ospedali Riuniti e vari spoke in Area Vasta con i quali condividere percorsi clinici/terapeutici per le attività di particolare impegno. Vanno inoltre previste a livello di area vasta nell'ambito delle U.O.C. di Pneumologia strutture di semintensiva respiratoria finalizzate al trattamento prevalentemente non invasivo dei pazienti con insufficienza respiratoria acuta o riacutizzata ed in grado di ridurre l'occupazione di posti letto nelle terapie intensive con minori complicanze rispetto al trattamento invasivo e minori costi di gestione dei suddetti pazienti, nonché avviata una progettualità nell'ambito della riabilitazione respiratoria.".  
Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Favorevole.

(L'Assemblea legislativa approva)

Emendamento n. 62 del Consigliere Marangoni:  
PARTE II (I Processi sanitari) - Capitolo IX (RETE TERRITORIALE) - paragrafo IX.3 "La Pianificazione delle Azioni" il punto:  
"Si da come punto di partenza quanto previsto dal precedente PSR che così riportava: "Allineare il sistema della presa in carico territoriale e i principi della continuità dell'assistenza allo sviluppo di esigenze ed aspettative dei portatori di interesse, associando la programmazione alla pianificazione coerente che integri le risorse sistematiche dei profili sociale e sanitario e ponga le basi per la

rivisitazione nella direzione di una maggiore appropriatezza della allocazione del paziente nella rete curante del Distretto." E' sostituito dal punto: "Al centro della rete delle cure domiciliari va sempre posto in primo piano il paziente non autosufficiente, spesso in situazione di comorbilità, e la propria famiglia, quest'ultima per la gran parte delle situazioni in stato di grave difficoltà; pertanto si dà come punto di partenza anche quanto previsto dal precedente PSSR, nell'ottica di un miglioramento del deficit assistenziale domiciliare da parte del servizio sanitario regionale; occorre quindi migliorare in maniera netta il sistema della presa in carico territoriale ed i principi della continuità dell'assistenza, mirati allo sviluppo di esigenze ed aspettative dei pazienti costretti in casa, degli anziani e/o non autosufficienti; tale miglioramento va effettuato associando la programmazione ad una pianificazione aderente alla realtà e che con coerenza integri le risorse sistematiche dei profili sanitario e sociale e attui, nel breve periodo, una adeguata appropriatezza della allocazione del paziente soggetto alle cure domiciliari, nella rete curante del distretto.".

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 63 dei Consiglieri Marinelli, Massi:

Allegato B, al capo X.3.3 "Organizzazione e gestione in una logica di rete" al quinto capoverso di pag. 155 sono soppresse le parole: "dagli operatori dell'ufficio di piano dell'ambito e dell'ufficio di coordinamento per le attività distrettuali; nonché".

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 64 dei Consiglieri Marinelli, Massi:

Allegato B, Al capo X.3.3 "Organizzazione e gestione in una logica di rete" al sesto capoverso di pag. 155 dopo le parole: "Le azioni di competenza dell'U.O. SeS sono, in particolare:" e prima del punto "organizzazione e gestione del governo della domanda" è inserito il seguente punto: "- gestione integrata dei budget di distretto sanitario e di ambito territoriale".

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 64 bis della quinta Commissione:

X.4 LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI. A pag. 158, prima del capoverso iniziale inserire il seguente periodo: "L'approvazione del presente piano costituisce il presupposto per definire le strategie di integrazione sociale e sanitaria, necessarie

per dare certezza agli specifici settori di intervento nonostante l'assenza a livello nazionale di specifici indirizzi (LIVEAS).".  
Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Favorevole.

(L'Assemblea legislativa approva)

**Emendamento n. 64 ter della quinta Commissione:**

Al paragrafo X.IV.1 (Area materno-infantile, adolescenti e giovani) a pag 162 sostituire il punto "- **la riqualificazione della rete dei Consulteri familiari**, luogo privilegiato per la sperimentazione dell'integrazione socio-sanitaria prevede: la conferma e il consolidamento dell'identità di struttura, la distribuzione territoriale "adeguata" e la ricostituzione dell'équipe consultoriali. Essa va perseguita con la modifica della delibera consiliare n. 202/98 per la corretta presa in carico delle persone e la sua armonizzazione al nuovo assetto dei servizi, sanitari, sociali e socio-sanitari. In particolare saranno attuate le seguenti azioni:" con il seguente: "- la riqualificazione della rete dei consultori familiari come struttura socio sanitaria territoriale con compiti di educazione e promozione del benessere psicofisico relazionale della donna delle coppie e della famiglia. Essa va perseguita con la modifica della Delibera Consiliare n. 202/98 per la corretta presa in carico delle persone e la sua armonizzazione al nuovo assetto dei servizi, sanitari, sociali e socio-sanitari. In particolare saranno attuate le seguenti azioni:

- costituzione di almeno una struttura consultoriale per distretto dotata di un'équipe completa;
- promozione della maternità e paternità responsabili, informazioni sulla contraccezione in particolare rivolta alle donne immigrate e fragili;
- interventi di educazione sessuale anche nelle scuole e prevenzione dell'IVG con particolare riguardo alle immigrate presenti nel territorio regionale
- informazione ed assistenza in materia di procreazione medicalmente assistita;
- coinvolgimento delle associazioni femminili nell'attività consultoriale sia nella fase di ascolto dei bisogni per la definizione delle modalità di erogazione dei servizi sia nella fase del controllo dell'efficacia dei servizi effettuati"

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Favorevole.

**(L'Assemblea legislativa approva)**

**Emendamento n. 64 quater della quinta Commissione:**

Al paragrafo X.IV.2 ( **Area disabilità**) a pag 164 dopo il punto "- interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione di soggetti in età evolutiva in situazioni di disabilità finalizzati al recupero funzionale e all'integrazione scolastica e sociale," inserire il seguente: "**potenziamento delle UMEE**".

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Favorevole.

(L'Assemblea legislativa approva)

Emendamento n. 65 del Consigliere Carloni:

A pag. 164 - Paragrafo X.4.2 Area disabilità - il primo punto dell'elenco sotto: Progetto autismo Marche, le parole "un servizio regionale con funzioni di diagnosi, presa in carico rivolto a soggetti in età evolutiva (già attivato nell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord");" sono sostituite dalle seguenti: "un servizio regionale stabile rivolto a soggetti in età evolutiva presso l'Azienda ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord, avente funzioni di diagnosi, presa in carico e ricerca e con pianta organica adeguata al sensibile aumento dei soggetti in carico al servizio stesso".

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 66 del Consigliere Carloni:

A pag. 164 - Paragrafo X.4.2 Area disabilità – nel quarto punto dell'elenco sotto: Progetto autismo Marche, le parole "tramite i quali affrontare le problematiche dei soggetti senza un adeguato sostegno familiare" sono soppresse.

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 67 dei Consiglieri Natali, Foschi, Zinni, Massi:

Capitolo X L'INTEGRAZIONE SOCIALE E SANITARIA paragrafo X.4 la pianificazione delle azioni sub X.4.3 Area salute mentale, a pag. 165 dopo il primo capoverso inserire "nel ambito delle indicazioni previste dal PSS regionale sia rispettata la previsione del 5% sulla spesa sanitaria complessiva per il comparto della salute mentale, in relazione standard di personale, strutture diurne residenziali e progetti di integrazione socio-lavorative".

Ha la parola il Consigliere Zinni.

Giovanni ZINNI. Vorrei semplicemente ricordare che questo emendamento ripristina una previsione che già esisteva, molto importante, attinente alla salute mentale. Cioè il 5% della spesa sanitaria complessiva investirlo comunque sulla salute mentale, in relazione a standard di personale, strutture e progetti di integrazione socio-sanitario.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 70 del Consigliere Marangoni:

PARTE III - Capitolo X("L'integrazione sociale e sanitaria") - Paragrafo X.4.7 "Area altre fragilità" il punto: "realizzare interventi specifici: a) a tutela della salute dei Rom; b) a tutela della salute e per la riduzione del danno per le persone che si prostituiscono e che sono vittime della tratta; c) a tutela della salute dei rifugiati;" è sostituito dal seguente: "realizzare interventi specifici: a) a tutela della salute e per la riduzione del danno per le persone che si prostituiscono e che sono vittime della tratta; b) a tutela della salute dei rifugiati;".

Ha la parola il Consigliere Marangoni.

Enzo MARANGONI. Qui si prevedono interventi specifici a tutela della salute dei Rom, quindi vuol dire investimenti dedicati che vanno oltre la normalità. Siamo nel capitolo X, integrazione sociale e sanitaria. E la questione dell'integrazione sociale e sanitaria non è ancora risolta per alcune aree della nostra sanità, faccio riferimento a tematiche più ampie dei Rom, come la disabilità, la demenza, gli anziani non autosufficienti.

Ecco, ritengo che prima di pensare ai Rom occorra pensare a queste aree. Ad esempio con questi soldi si potrebbe comprare un ecodoppler cranico dove manca, oppure un anestesista in quegli ospedali che avete lasciato senza questi medici, oppure si potrebbero dare gratis gli integratori alimentari, quelli che soltanto un mese avete tolto ai malati da decubito e ai malati malnutriti. Questo è successo nella nostra provincia, caro compagno Comi!

Quindi prima di pensare alla salute dei Rom dovremmo pensare ai nostri anziani, alla disabilità e a quant'altro.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 71 dei Consiglieri Binci, Orteni, Malaspina, Cardogna, Bucciarelli:

Capitolo X.4.7 **AREA ALTRE FRAGILITA'** inserire - a pag. 168 - dopo tutto il punto "Salute degli immigrati fragili" alla fine un ulteriore punto: "Attività sanitaria a favore dei detenuti". "Garantire l'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (DPR 29.11.2001 e Conf. Permanente Stato Regioni 2008) e definire la completa applicazione del DPR 230/1999 sul passaggio della sanità al SSR, con particolare attenzione alle liste di attesa. Attivare presso gli Istituti penitenziari visite mediche specialistiche relative alle patologie più importanti e ricorrenti".

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Favorevole.

Presidenza del Presidente  
Vittoriano Solazzi

(L'Assemblea legislativa approva)

Emendamento n. 72 dei Consiglieri Marinelli, Massi:  
Al Capo XL.1 "IL CONTESTO DI RIFERIMENTO", sottotitolo "Gli scenari regionali", nella 2° riga di pagina 176 dopo le parole "risale al 1988" sono aggiunte le seguenti:  
"divenuta ormai urgentissima e che dovrà occuparsi anche dell'inserimento dei LEA riferiti ai servizi sociali e del riequilibrio tra spesa sanitaria e spesa sociale".  
Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 73 del Consigliere Binci:  
Parte IV - I PROCESSI SOCIALI XI - Processi sociali – XI.2 - LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO Capitolo: strategie regionali e politiche familiari. Sostituire il punto "particolare attenzione e sostegno alla famiglia naturale" con "particolare attenzione e sostegno alle famiglie 'problematiche' e/o in difficoltà economica".  
Ha la parola il Consigliere Binci.

Massimo BINCI. Nel punto sui processi sociali si dice "particolare attenzione a sostegno della famiglia naturale". Ritengo, invece, che l'attenzione vada data alla famiglia nelle sue situazioni di difficoltà. Il dato della naturalità non è una situazione di difficoltà. Quindi "la particolare attenzione" in quel contesto va inserita a sostegno delle famiglie problematiche o in difficoltà economica. Perché il momento in cui la famiglia ha bisogno di sostegno è proprio quello della difficoltà o della problematicità, non è certo nel momento dell'esistenza.

PRESIDENTE. Ha la parola l'Assessore Marconi.

Luca MARCONI. Solo per un chiarimento. Le "problematiche e difficoltà economica" sono proprio i criteri di riferimento alla famiglia. Cioè i Comuni nel momento in cui erogano i contributi in base alla legge 30 devono tener conto all'interno della famiglia naturale – come scritto sulla Carta costituzionale – proprio di quella problematica e in difficoltà. Sono i Comuni che stabiliscono i criteri, ma è ovvio che vanno in quella direzione

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Bucciarelli.

Raffaele BUCCIARELLI. Voterò a favore di questo emendamento - anche perché ne avevo presentato un altro simile - per diversi motivi. Primo, è vero che la Carta costituzionale parla di famiglia naturale, ma è anche vero che la Carta costituzionale approvata oltre 50 anni fa non poteva tener conto dell'evoluzione sociale della società italiana. Di questa evoluzione, invece, ne ha tenuto conto la Consulta costituzionale la quale ha più riprese è intervenuta riconoscendo la famiglia, punto. E la legge regionale contro la discriminazione di genere si riferiva proprio a questo.

Quindi votando questo tipo di piano e non l'emendamento di Binci voteremmo contro una legge che è stata approvata dall'Assemblea legislativa regionale, dai Consiglieri regionali che c'erano prima, soprattutto, ma comunque dall'Assemblea tutta

Ecco perché in questo caso è del tutto ovvio e naturale votare a favore dell'emendamento Binci.

PRESIDENTE. Emendamento n. 73. Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 74 del Consigliere Binci:

Parte IV - I PROCESSI SOCIALI - XI - Processi sociali - XI.2 - LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO Capitolo: strategie regionali e politiche familiari. Nel punto "aiuti alle donne sole in stato di gravidanza" aggiungere "e/o con figli".

Ha la parola il Consigliere Binci.

Massimo BINCI. La replica che ha fatto poc'anzi l'Assessore la considero del tutto fuori luogo. Nel punto che andavo ad emendare si diceva "interventi normativi e regolamentari con particolare attenzione e sostegno alla famiglia naturale". Secondo me, ripeto, gli interventi normativi e regolamentari vanno fatti con particolare attenzione e sostegno alle famiglie in difficoltà, di quelle che hanno bisogno. Questo è giusto per dire qual è l'approccio ideologico dell'Assessore, [egli fa della famiglia un tabernacolo ideologico](#). Quando invece è una realtà molto naturale, ognuno la vive come vuole, senza ideologie. Grazie, Assessore, del suo punto di vista!

Vado all'emendamento in esame. Tra gli interventi di carattere assistenziale e di sostegno al reddito, a pag. 181, oltre alla family card berlusconiana vengono proposti aiuti alle donne sole in stato di gravidanza. Io mi sono permesso di aggiungere a questo "e/o con figli". Perché dopo l'ideologia, ancora una volta, del diritto alla vita, ebbene, il diritto alla vita c'è anche dopo che si è nati.

PRESIDENTE. Ha la parola l'Assessore Marconi.

Luca MARCONI. Per tranquillizzare il Consigliere Binci. La previsione di donna con figli è nella famiglia. La precisazione riguarda un provvedimento in atto da parte della Giunta che va ad intervenire nel caso specifico di donne che non hanno una famiglia perché sono sole e che trovandosi a uno stato di gravidanza sono più sole delle altre. [Mentre la donna con figli è già famiglia](#), quindi è già compresa nei provvedimenti precedentemente presi.

Preciso, inoltre, che la family card è un provvedimento previsto nel piano nazionale per la famiglia e che è stato approvato, caro Consigliere, anche dalla Regione Puglia, che mi sembra sia presieduta da un certo Vendola del suo stesso partito, non è un provvedimento berlusconiano.

Riguardo invece, Consigliere Binci, all'appunto che ha fatto, ancora non ha

capito che la famiglia è quella. Se lei invece intende altre cose, ecco, sono altre cose, sono altri tipi di interventi che riguardano le persone. Per quanto riguarda la famiglia noi intendiamo quella unica che prevede la Carta costituzionale. Se lei intende altre famiglie deve anche dire che tipo di unioni prevede, non dire semplicemente a favore di categorie singole, perché le categorie singole a cui fa riferimento lei son quelle.

Quindi l'idea dell'ideologia familista semmai ce l'ha lei, non io. Perché io sto con gli atti della Costituzione e con quanto si sta condividendo da più di due anni in Conferenza Regioni, votata da tutti, anche da Vendola.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Comi.

Francesco COMI. [Questa precisazione fatta nel testo a pag. 180 vuole significare un aiuto particolare alle donne in stato di gravidanza, che quindi ancora non hanno figli, perché questa particolare condizione abbisogna di un aiuto specifico. Se però questa sottolineatura può lasciare intendere chissà quale discriminazione noi non abbiamo nessun timore ad aggiungere e/o con figli.](#)

Quindi sono favorevole.

PRESIDENTE. Ha la parola la Consigliera Romagnoli.

Franca ROMAGNOLI. L'anno scorso contemplammo delle misure di dissuasione all'aborto, quindi di corretta applicazione della 194, che è di sostegno alla maternità e non solo di abortifacio. Questo piano va in quella direzione. Diverso è il discorso della prole, dei figli già nati. Per me può restare così.

PRESIDENTE. Emendamento n. 74. Lo pongo in votazione.

[\(L'Assemblea legislativa non approva\)](#)

Emendamento n. 75 dei Consiglieri Marinelli, Massi:

Allegato B - pagina 185 Al Capo XI.2 "LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO» sottotitolo "il riordino del sistema tariffario regionale" ; nel 1° punto dei 60 capoverso-di pagina 185 dopo le parole "per ogni tipo di struttura (valore di riferimento centrale e variabilità massima e minima)" sono aggiunte le seguenti: "che elimini definitivamente le disparità di trattamento nei vari territori". Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

[\(L'Assemblea legislativa non approva\)](#)

Emendamento n. 76 del Consigliere Marangoni:

Parte V- I Processi di supporto - sottocapitolo XII.1 "Principi e linee strategiche " Al capoverso recante la frase "gli obiettivi strategici di qualità per il SSR delle Marche ..." dopo il trattino avente la dicitura: "Responsabilità e trasparenza - porre al centro del sistema la responsabilizzazione di ciascun soggetto in riferimento alle proprie competenze, in particolare per quanto riguarda le scelte e i risultati del

sistema e la loro rendicontazione e diffusione". Va aggiunto: "Favorire l'integrazione tra le strutture private e le strutture pubbliche in modo da implementare i servizi ai cittadini, nel rispetto delle normative esistenti in campo sanitario, utilizzando come complemento l'offerta di prestazioni che il Privato accreditato può proporre solo laddove il Pubblico non fosse in grado di erogare". Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 76 bis della quinta Commissione:

Al paragrafo XII.2.3 L'empowerment dei cittadini e la loro partecipazione allo sviluppo del SSR) a pag 207 dopo le parole "La partecipazione dei cittadini rappresenta il presupposto fondamentale di una politica sanitaria che pone il cittadino al centro del sistema. La qualità dell'assistenza sanitaria deve pertanto essere sempre più legata al coinvolgimento attivo dei cittadini e delle loro associazioni sia nella fase di programmazione dei servizi che di valutazione della qualità delle prestazioni. Andrà inoltre sviluppato quello che viene definito "empowerment dei cittadini e dei pazienti" e cioè la loro informazione, coinvolgimento, responsabilizzazione finalizzati ad una interazione più efficace con gli operatori ed il sistema sanitario volta alla scelta condivisa della azioni che producono miglioramento del proprio stato di salute. In questa ottica alcune esperienze di empowerment condotte nella Regione Marche dimostratesi realizzabili ed efficaci, come ad esempio il "disease and care management nell'assistenza primaria" e il "family learning" nelle patologie croniche, potrebbero essere ulteriormente implementate." inserire le seguenti: "Per il miglior raggiungimento delle finalità suddette, inoltre, l'ASUR, e le Aziende sanitarie favoriscono la presenza all'interno delle strutture di loro pertinenza delle associazioni di volontariato e di tutela dei diritti". Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Favorevole.

(L'Assemblea legislativa approva)

Emendamento n. 76 ter della quinta Commissione:

Al paragrafo XII.2.3. L'empowerment dei cittadini e la loro partecipazione allo sviluppo del SSR - a pag 208 - Completamento del Sistema Regionale di partecipazione alla tutela della salute - primo trattino, dopo le parole "l'elenco delle associazioni operanti a livello regionale impegnate nella tutela del diritto alla salute nelle attività relative alla programmazione, al controllo e alla valutazione dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale" inserire le seguenti "con particolare riferimento alle associazioni di volontariato". Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Favorevole.

(L'Assemblea legislativa approva)

Emendamento n. 77 del Consigliere Marangoni:

PARTE V (I PROCESSI DI SUPPORTO) - Capitolo XIII (Il sistema infrastrutturale) - Paragrafo XIII.2 "LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO" il punto: "a sud, la creazione di un centro di riferimento regionale per il paziente fragile, con particolare attenzione alla popolazione anziana (Nuovo Inrca/Ospedale di rete) e contestuale adeguamento/riclassificazione delle strutture ospedaliere/sanitarie presenti nel territorio al fine di differenziare e potenziare l'offerta in sinergia con l'area nord di Ancona", è sostituito dal seguente: "a sud, la creazione di un centro "Ospedale di rete/Nuovo Inrca" di riferimento regionale, che rivesta particolare attenzione al paziente fragile e alla popolazione anziana; e contestuale adeguamento delle strutture sanitarie presenti nel territorio al fine di differenziare e potenziare l'offerta dei servizi sanitari essenziali per l'area sud di Ancona";

Ha la parola il Consigliere Marangoni.

Enzo MARANGONI. Con questo emendamento chiedo di invertire una frase e sostituirla con la seguente: "a sud, la creazione di un centro 'Ospedale di rete/nuovo Inrca' di riferimento regionale, che rivesta particolare attenzione al paziente fragile e alla popolazione anziana; e contestuale adeguamento delle strutture sanitarie presenti nel territorio al fine di differenziare e potenziare l'offerta dei servizi sanitari essenziali per l'area sud di Ancona".

Il concetto è che le strutture sanitarie a sud di Ancona non vanno riclassificate, come invece c'è scritto nella parte che emendo, a cui ho tolto la parola riclassificazione, vanno diversificate. Ma diversificate da che cosa? Dal futuro ospedale dell'Aspio, al fine di differenziare e appunto potenziare l'offerta dei servizi sanitari essenziali per l'area a sud di Ancona.

In altri termini, Loreto e Osimo devono vivere fino a quando non sarà costruito l'ospedale di Ancona sud, che per adesso è solo un progetto.

E' questo l'obiettivo dell'emendamento.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Subemendamento n. 77 bis/1 del Consigliere Comi:

Allegato B, cap. XIII.2, pag. 220, dopo le parole "e con le strutture organizzative dell'ospedale di rete" aggiungere "nel rispetto della normativa vigente".

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Favorevole.

(L'Assemblea legislativa approva)

Emendamento n. 77 bis della quinta Commissione:

Allegato B, cap. XIII.2, pag. 220, al secondo punto, dopo le parole "a sud, la creazione di un centro di riferimento regionale per il paziente fragile, con particolare riferimento alla popolazione anziana" aggiungere le seguenti: "e con le strutture organizzative dell'ospedale di rete".

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Favorevole.

(L'Assemblea legislativa approva)

Emendamento n. 78 del Consigliere Marangoni.

PARTE V (I PROCESSI DI SUPPORTO) - Capitolo XIII (Il sistema infrastrutturale) -

Paragrafo XIII.2 "LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO"

prima della frase: "la razionalizzazione della rete delle strutture dell'Area Vasta di Fermo, con la creazione del nuovo Ospedale di Fermo quale realtà unica gestionale e strutturale, per la cura del paziente acuto, integrato in rete con una struttura orientata al trattamento del paziente cronico (attuale sede Inrca di Fermo), va inserita la frase: "il potenziamento dei servizi sanitari essenziali ai bisogni del territorio nell'ambito dell'Area Vasta 3, sia pur con adeguate differenziazioni, a partire dal mantenimento di quei servizi attualmente attivi nelle attuali strutture ospedaliere della medesima Area Vasta 3".

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 79 del Consigliere Marangoni.

Capitolo XIII - "Il Sistema Infrastrutturale" - sottocapitolo XIII.2 "La definizione della strategia e delle linee di intervento". Dopo il capoverso recante la frase:

"L'obiettivo generale prevede quindi la riqualificazione di strutture ospedaliere di dimensioni limitate e di bassa specialità principalmente orientate ai servizi territoriali e socio sanitari attraverso funzioni di lungodegenza e poliambulatoriali diagnostiche, in una logica di integrazione con le reti cliniche da erogare negli ospedali per acuti ("maggiori"). Contestualmente, è prevista la riorganizzazione dei servizi territoriali (di prevenzione, specialistica, medicina primaria, di integrazione socio sanitaria) con lo sviluppo delle equipe territoriali e la realizzazione di Case della salute, anche per potenziare la funzione di filtro e di alleggerimento nei confronti degli ospedali per acuti e delle strutture di pronto soccorso in presenza di codici bianchi e verdi del triage, ricoveri inappropriati, pazienti post e sub acuti, in riabilitazione, in condizioni di fragilità/cronicità gestibili in ambito territoriale ma non domiciliare"

Va aggiunto il seguente capoverso: "Ulteriore integrazione tra la medicina di base e gli ospedali: punti di prima diagnosi (operanti H12/die) dove i medici di medicina generale uniti in gruppi funzionali possano formulare diagnosi ortopediche o di patologie cardiache o altro perché si avvalgono di strumentazione radiologica base (radiologia convenzionale) o cardiologica (elettrocardiografi), i quali, messi in rete, possano così interfacciarsi con i centri ospedalieri per una diagnosi

immediata di 1° livello per poi meglio indirizzare i cittadini (centri di primo intervento: CP1)”.

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 80 del Consigliere Marangoni.

Capitolo XIII -"Il Sistema Infrastrutturale" - sottocapitolo XIII.3 "La Pianificazione delle azioni". Al punto recante la frase: "riprogettazione della rete territoriale; vanno aggiunte le parole: "anche con il coinvolgimento dei medici di medicina generale associati in unità funzionali o gruppi funzionali".

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Subemendamento n. 81/1 del Consigliere Zaffini:

Dopo le parole "Pesaro" sono inserite le seguenti: "in cui mantenere le specializzazioni e valorizzare le rispettive eccellenze".

Ha la parola il Consigliere Zaffini.

Roberto ZAFFINI. Questo subemendamento tende a mantenere le specializzazioni ed eventuali eccellenze. Noi non ci rassegnano ai livelli minimi di area vasta, secondo noi è una follia che aumenterà sicuramente la già notevole mobilità passiva della provincia intera.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 81 del Consigliere D'Anna:

Al Capitolo XIII.3 - LA PIANIFICAZIONI DELLE AZIONI Alla pagina 224 Sostituire il 2° punto con il seguente: "il consolidamento, a nord della regione, dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord", prevedendo la riqualificazione delle strutture di Fano e di Pesaro, il potenziamento tecnologico delle strutture di Fano, Pesaro e Urbino, nonché la salvaguardia di quelle dell'entroterra e l'adeguamento dei Pronto Soccorso alle esigenze del territorio".

Ha la parola il Consigliere D'Anna.

Giancarlo D'ANNA. E' semplicemente per verificare se alle intenzioni, alle promesse, agli indirizzi si dà seguito.

Con questo emendamento chiedo di provvedere alla riqualificazione – ed è stato

detto che fino al nuovo ospedale unico ci sarà la riqualificazione degli ospedali di Fano e Pesaro – e al potenziamento tecnologico, altrimenti non avrebbe senso, delle strutture appunto di Fano, Pesaro e Urbino, nonché la salvaguardia delle strutture dell'entroterra e l'adeguamento del pronto soccorso. Mi sembra una logica conseguenza a quello che l'Assessore Mezzolani ha detto in questi anni, quindi mi auguro ci sia un voto positivo.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 82 della Consigliera Foschi:

Capitolo XII 1.3 LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI

A pagina 222, secondo punto dell'elenco, dopo le parole "struttura unica" sono inserite le parole "dotata di eccellenze e di unità operative di alta specialità"

Ha la parola la Consigliera Foschi.

Elisabetta FOSCHI. Chiedo di specificare, parlando di Azienda Marche Nord, che questa abbia attribuite eccellenze e unità operative di alta specialità. Visto che il piano così come scritto non lo prevede affatto perché si parla della copertura del bisogno di cure e assistenza a livello minimo di area vasta. E visto che l'azienda ospedaliera per essere tale, anche a norma di un decreto legislativo n. 92 all'articolo 4, deve avere delle eccellenze. Mi sembra vada indicato, anche per riequilibrare rispetto ad Ancona.

Chiedo il voto nominale insieme ai Consiglieri Zinni, Natali.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione per appello nominale.

Francesco COMI. Contrario.

Favorevoli: Acquaroli, Carloni, D'Anna, Foschi, Marangoni, Marinelli, Massi, Romagnoli, Silveti, Trenta, Zinni

Contrari: Badiali, BusilacchiCamela, Comi, Donati, Giancarli, Giannini, Luchetti, Giorgi, Luchetti, Malaspina, Marconi, Mezzolani, Ortenzi, Perazzoli, Petrini, Pieroni, Ricci, Siapichetti, Spacca, Traversini

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 82 bis della quinta Commissione:

Allegato B XII 1.3 LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI. Alla pag. 2 al terzo punto che inizia con "la contestuale realizzazione..." sostituire le parole: "con il consolidamento" con le seguenti: "finalizzata all'avvio".

Ha la parola il Consigliere Perazzoli.

Paolo PERAZZOLI. Invito a ritirare questo emendamento oppure votargli contro, altrimenti sarebbe la conferma di quello che temo, cioè che l'azienda si farebbe

dopo la resa della struttura unica.  
Quindi invito a ritirarlo e a lasciare le cose come stanno.

Francesco COMI. Ritirato.

Presidenza del Vicepresidente  
Giacomo Bugaro

Emendamento n. 83 del Consigliere Marangoni.

PARTE V - I PROCESSI DI SUPPORTO - Capitolo XIII (Il Sistema Infrastrutturale) - sottoparagrafo XIII.3 "la pianificazione delle azioni", prima del punto: "Un forte orientamento alla ricerca ed all'innovazione nelle strutture dell'area metropolitana di Ancona, con particolare attenzione alla medicina molecolare ed alla medicina predittiva, strettamente integrate con l'attività di ricovero e cura" E' aggiunto il punto: "Il potenziamento ed ulteriore valorizzazione delle eccellenze per le strutture della rete ospedaliera del Distretto Sud di Ancona (Distretto 13) nell'ambito dell'Area Vasta 3 dell'Area collinare-costiera".  
Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 84 del Consigliere D'Anna:

Capitolo XIII. 3 PIANIFICAZIONI DELLE AZIONI Alla pagina 224 sostituire il sesto punto con il seguente:"un forte orientamento alla ricerca e alla innovazione nell'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" con pari dignità nelle strutture ospedaliere di Fano e Pesaro, con particolare attenzione alla medicina molecolare ed alla medicina predittiva, strettamente integrate con l'attività di ricovero e cura".

Ha la parola il Consigliere D'Anna.

Giancarlo D'ANNA. Considerato che si è parlato sempre di eccellenze per quanto riguarda l'Azienda Ospedali Marche Nord, credo che un'attenzione diversa ci debba essere, se si vuole dare veramente senso a questa azienda che si trova a nord delle Marche.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 85 dei Consiglieri Latini, Pieroni:

Al Par. XI11.3 allegato B (La pianificazione delle Azioni). Al Paragrafo XI11.3 pagina 222 al terzo capoverso dopo il punto 6 aggiungere il seguente punto: "la previsione che tutti i servizi tipici dell'ospedale di rete, oggi presenti nel Presidio Ospedaliero di Osimo, vengano inclusi nel nuovo ospedale INRCA di Camerano",

Ha la parola il Consigliere Pieroni.

Moreno PIERONI. Questo emendamento riguarda un impegno e un percorso già fatto anche da parte dell'Assessore Mezzolani. Infatti prima dell'estate ci fece ritirare una mozione, presentata sempre da me e dal Consigliere Latini, con l'impegno di prevedere nel piano socio-sanitario un percorso più definito per l'ospedale Inrca e rete della vallata del Musone e dell'Aspio ove all'interno non era prevista l'ostetricia e la ginecologia.

Visto che quest'Aula ha approvato un emendamento presentato dal Consigliere Comi dove nella sostanza si prevede un impegno di inserire i servizi, fatto salvo la normativa vigente – seppure, anche qui, si dovrebbe capire questa normativa vigente da che punto parte, se dalla vallata del Musone complessivamente parlando oppure dalle singole strutture ospedaliere -, allora noi per chiarezza abbiamo voluto dare una risposta. Visto che c'è stato un percorso che ha portato all'individuazione di quell'area Inrca-rete, molto discussa anche da parte della popolazioni, oggi vorremmo per quella struttura ospedaliera Inrca-rete la chiarezza di avere una struttura di rete con tutti i servizi che sono presenti all'interno dell'ospedale di Osimo. Anche perché le altre strutture di rete, vedi Senigallia, Jesi e Fabriano, hanno ad oggi tutti i servizi previsti, compresi l'ostetricia e la ginecologia.

Pertanto riteniamo sia giusto che questa Assemblea legislativa tenga conto di una realtà che è molto importante per questa regione, una realtà che comprende circa 120 mila abitanti. Al di là delle aree vaste, i cittadini fanno parte di un comprensorio importante, quindi dobbiamo il rispetto per queste popolazioni.

PRESIDENTE. Chiedo la votazione per appello nominale a nome dei Consiglieri Latini, Pieroni e il sottoscritto.

Emendamento n. 85. Lo pongo in votazione per appello nominale.

Francesco COMI. Contrario.

Favorevoli: Favorevoli: Acquaroli, Bucciarelli, Bugaro, Carloni, D'Anna, Foschi, Marangoni, Marinelli, Natali, Massi, Natali, Pieroni, Romagnoli, Silveti, Trenta, Zaffini, Zinni

Contrari: Badiali, Busilacchi, Camela, Canzian, Comi, Donati, Eusebi, Giancarli, Giannini, Luchetti, Malaspina, Marconi, Mezzolani, Ortenzi, Perazzoli, Petrini, Ricci, Siapichetti, Spacca, Traversini

Astenuti: Acacia Scarpetti

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 86 del Consigliere D'Anna:

Al Capitolo XIII.3 - LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI . Alla pag 222 aggiungere un settimo punto: "la previsione o il potenziamento presso l'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord"; - dell'avviamento dello screening neonatale, ipertiroidismo congenito, fenilchetonuria, fibrosi cistica con l'acquisto dello strumento tandem massa per il laboratorio di Fano".

Ha la parola il Consigliere D'Anna.

Giancarlo D'ANNA. Visto che a seguire ho una decina di emendamenti faccio un'unica presentazione, Presidente.

Ci sono una serie di emendamenti che nascono dalle varie audizioni tenute con le associazioni, con i medici, i sindaci, ecc., Le ho riportate per quanto riguarda diversi settori.

L'emendamento n. 86 riguarda l'avviamento dello screening neonatale, il n. 87 la realizzazione di strutture terapeutiche intermedie per minori e adolescenti con disturbi della personalità, il n. 88 la rete ematologica, il n. 89 l'emergenza-urgenza pediatrica – stiamo parlando dell'azienda Marche Nord e dei territori della provincia di Pesaro Urbino –. Poi c'è l'assunzione di nuovi veterinari in sostituzione di quelli in pensione, anche questa esigenza emersa dalle associazioni di categoria. Altro argomento importante riguarda i dializzati, con l'emendamento n. 91 si chiede un numero adeguato di posti letto per dializzati in provincia di Pesaro. Poi l'allargamento e il potenziamento di centri diurni per malati di Alzheimer e infine una struttura per i malati di sclerosi laterale amiotrofica con la presa in carico dei malati. Relativamente a quest'ultimo argomento in passato ci sono stati con l'Assessore Mezzolani una serie di incontri e appuntamenti ai quali purtroppo non sono seguiti interventi corposi, solo alcuni abbastanza limitati. L'emendamento n. 94 ancora una volta ribadisce e chiede la salvaguardia delle strutture dell'entroterra. Mentre il n. 95 si occupa di una maggiore attenzione agli aspetti socio-sanitari che riguardano gli anziani.

Li ho presentati tutti in modo che a seguire, Presidente, li possa mettere subito in votazione.

PRESIDENTE. Emendamento n. 86. Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 87 del Consigliere D'Anna:

Al Capitolo XIII.3 - LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI . Alla pag 222 aggiungere un settimo punto: "la previsione o il potenziamento presso l'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord: - della realizzazione di strutture terapeutiche intermedie per minori e adolescenti con disturbi di personalità e supervisione del neuro psichiatria infantile".

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 88 del Consigliere D'Anna:

Al Capitolo XIII.3 - LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI . Alla pag 222 aggiungere un settimo punto: "la previsione o il potenziamento presso l'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord":- della valorizzazione locale della rete ematologica".

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 89 del Consigliere D'Anna:

Al Capitolo XIII.3 - LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI . Alla pag 222 aggiungere un settimo punto: "la previsione o il potenziamento presso l'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord":- della emergenza-urgenza pediatrica e neonatologia".

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 90 del Consigliere D'Anna:

Al Capitolo XIII.3 - LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI . Alla pag 222 aggiungere un settimo punto: "la previsione o il potenziamento presso l'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord":- dell'assunzione di nuovi veterinari in sostituzione di quelli in pensione".

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 91 del Consigliere D'Anna:

Al Capitolo XIII.3 - LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI . Alla pag 222 aggiungere un settimo punto: "la previsione o il potenziamento presso l'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord":- di un numero adeguato di posti letto per i dializzati nelle strutture di Fano e di Pesaro, della copertura della mancanza di infermieri del reparto, della garanzia di trattamenti dialitici extra corporei estivi per turisti".

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 92 del Consigliere D'Anna:

Al Capitolo XIII.3 - LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI . Alla pag 222 aggiungere un settimo punto: "la previsione o il potenziamento presso l'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord":- la previsione o il potenziamento nell'ambito dell'Area vasta n. 1 geograficamente intesa: dell'allargamento, dei centri diurni per malati di Alzheimer"

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 93 del Consigliere D'Anna:

Al Capitolo XIII.3 - LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI . Alla pag 222 aggiungere un settimo punto: "la previsione o il potenziamento presso l'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord:- di una struttura per malati di sclerosi laterale amiotrofica e contemporaneamente la presa in carico dei malati di Sla".  
Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 94 del Consigliere D'Anna:

Al Capitolo XIII.3 - LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI . Alla pag 222 aggiungere un settimo punto: "la previsione o il potenziamento nell'ambito dell'Area vasta n. 1 geograficamente intesa: - della salvaguardia dell'entroterra con potenziamento delle strutture".  
Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 95 del Consigliere D'Anna:

Al Capitolo XIII.3 - LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI . Alla pag 222 aggiungere un settimo punto: "la previsione o il potenziamento nell'ambito dell'Area vasta n. 1 geograficamente intesa: - della maggiore attenzione agli aspetti socio-sanitari che riguardano gli anziani".  
Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 96 del Consigliere Acacia Scarpetti:

Al paragrafo XIII.3 pagina 222 al terzo capoverso, dopo il punto 6 aggiungere il seguente punto: "di mantenere i servizi sanitari dell'Ospedale di Pergola dell'attuale reparto di chirurgia di media complessità a ciclo continuo e della medicina per acuti, con numero di posti letto sufficienti all'utenza e comunque non inferiori alla dotazione attuale, di istituire presso l'Ospedale di Pergola un Pronto Soccorso e di attivare, all'uopo i due posti di terapia intensiva postoperatoria già esistenti presso la struttura ospedaliera."  
Se passa decadono il n. 102 e il n. 106. Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 96 bis dei Consiglieri Pieroni, Latini:

Allegato B (La pianificazione delle Azioni)

Al Paragrafo XIII.3 pagina 222 al terzo capoverso dopo il punto 6 aggiungere il seguente punto: "di prevedere che tutti i servizi tipici dell'ospedale di rete, oggi presenti nel Presidio Ospedaliero di Osimo, vengano inclusi nel nuovo ospedale INRCA-Rete;"

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Presidenza del Presidente

Vittoriano Solazzi

Emendamento n. 97 del Consigliere Marangoni:

PARTE V - I PROCESSI DI SUPPORTO - Capitolo XIII (Il Sistema Infrastrutturale) -

sottoparagrafo XIII.3 "la pianificazione delle azioni", prima del punto: "la razionalizzazione della rete delle strutture dell'Area Vasta di Fermo, con la creazione del nuovo Ospedale di Fermo quale realtà unica gestionale e strutturale per la cura del paziente acuto, integrato in rete con una struttura orientata al trattamento del paziente cronico (attuale sede Inrca di Fermo); E' aggiunto il punto: "Le peculiarità operative e le diversità organizzative dei presidi di Recanati e Civitanova Marche si appalesano come opportunità di sviluppo del sistema ospedaliero attraverso l'integrazione operativa con le altre strutture Hub dell'Area Vasta 3, a tal fine è necessario mantenere e valorizzare le specifiche vocazioni di questi due presidi ospedalieri;"

Ha la parola il Consigliere Marangoni.

Enzo MARANGONI. Questo emendamento parla dell'area vasta di Fermo. Chiedo che venga aggiunto quanto segue che è relativo al maceratese, cioè all'area vasta 3: "Le peculiarità operative e le diversità organizzative dei presidi di Recanati e Civitanova Marche si appalesano come opportunità di sviluppo del sistema ospedaliero attraverso l'integrazione operativa con le altre strutture Hub dell'Area Vasta 3, a tal fine è necessario mantenere e valorizzare le specifiche vocazioni di questi due presidi ospedalieri".

Non si capisce come mai nella pianificazione delle azioni si contempra poco il discorso delle eccellenze, quindi va aggiunto a mio avviso un punto indispensabile per tutelare e valorizzare questi due importanti presidi ospedalieri di Recanati e Civitanova.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 98 del Consigliere Marangoni:

Parte V - I PROCESSI DI SUPPORTO - capitolo XIII - paragrafo XIII.3 "LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI", il punto: "il potenziamento, razionalizzazione ed ulteriore valorizzazione delle eccellenze per quanto riguarda le strutture della rete ospedaliera dell'Area Vasta 3, quale realtà unica gestionale e strutturale per arginare la mobilità passiva sul versante occidentale" è sostituito con il seguente: "il potenziamento, razionalizzazione ed ulteriore valorizzazione delle eccellenze per quanto riguarda le strutture della rete ospedaliera dell'Area Vasta 3, quale realtà unica gestionale e strutturale per arginare la mobilità passiva sul versante occidentale; a tal fine vanno mantenute e potenziate le UOS e UOC della struttura ospedaliera di Recanati".

Ha la parola il Consigliere Marangoni.

Enzo MARANGONI. Presidente, illustro l'emendamento n. 98 e già che ci sono il n. 99, il n. 100 e il n. 101, tutti emendamenti che vanno a tutela e a presidio di Recanati e in qualche modo anche dell'area vasta 3.

Tra l'altro l'emendamento n. 100 è stato già recepito in Commissione tal quale per Loreto e Osimo. Quindi sarebbe veramente stranissimo se non venisse approvato. E' uguale! Mi auguro che il n. 100 venga approvato sicuramente all'unanimità. Gli altri sono specifici per Recanati.

PRESIDENTE. Emendamento n. 98. Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 99 del Consigliere Marangoni:

Parte V - I PROCESSI DI SUPPORTO - capitolo XIII - paragrafo XIII.3 "LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI", il punto: "il potenziamento, razionalizzazione ed ulteriore valorizzazione delle eccellenze per quanto riguarda le strutture della rete ospedaliera dell'Area Vasta 3, quale realtà unica gestionale e strutturale per arginare la mobilità passiva sul versante occidentale" è sostituito con il seguente: "il potenziamento, razionalizzazione ed ulteriore valorizzazione delle eccellenze per quanto riguarda le strutture della rete ospedaliera dell'Area Vasta 3, quale realtà unica gestionale e strutturale per arginare la mobilità passiva sul versante occidentale; i servizi sanitari essenziali ai bisogni del territorio presenti alla data di approvazione del presente piano all'interno della struttura ospedaliera di Recanati devono rimanere attivi al fine della copertura del bisogno di cura e assistenza per il relativo bacino di utenza".

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 100 del Consigliere Marangoni:

Parte V - I PROCESSI DI SUPPORTO - capitolo XIII - paragrafo XIII.3 "LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI", il punto: "il potenziamento, razionalizzazione ed ulteriore valorizzazione delle eccellenze per quanto riguarda le strutture della rete ospedaliera dell'Area Vasta 3, quale realtà unica gestionale e strutturale per arginare la mobilità passiva sul versante occidentale" è sostituito con il seguente: "il potenziamento, razionalizzazione ed ulteriore valorizzazione delle eccellenze per quanto riguarda le strutture della rete ospedaliera dell'Area Vasta 3, quale realtà unica gestionale e strutturale per arginare la mobilità passiva sul versante occidentale, azioni che si esplicheranno anche tramite il mantenimento dei servizi sanitari essenziali ai bisogni del territorio all'interno delle strutture ospedaliere presenti attualmente nell'Area vasta 3;"

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 101 del Consigliere Marangoni:

Parte V - I PROCESSI DI SUPPORTO - capitolo XIII - paragrafo XIII.3 "LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI", dopo punto: "il potenziamento, razionalizzazione ed ulteriore valorizzazione delle eccellenze per quanto riguarda le strutture della rete ospedaliera dell'Area Vasta 3, quale realtà unica gestionale e strutturale per arginare la mobilità passiva sul versante occidentale" è aggiunto il seguente: "Il mantenimento, il potenziamento e l'apertura di quelle strutture previste, relativamente alle strutture di lungo-degenza, soprattutto laddove questi posti letto creano un necessario ponte fra i reparti di medicina e chirurgia ospedalieri, le Rsa e l'assistenza domiciliare;"

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 102 del Consigliere Latini:

Al Paragrafo XIII.3 pagina 222 al terzo capoverso dopo il punto 8 aggiungere il seguente punto: "di mantenere e potenziare i servizi ospedalieri dell'Ospedale di Pergola dotandolo di una chirurgia di media complessità a ciclo continuo e di una medicina per acuti, con numero di posti letto sufficienti all'utenza e comunque non inferiori alla dotazione attuale, di istituire presso l'Ospedale di Pergola un Pronto Soccorso e di attivare, all'uopo i due posti di terapia intensiva postoperatoria già esistenti presso la struttura ospedaliera ed inoltre istituire un Centro per la dialisi ad assistenza limitata."

La Consigliera Foschi su questo emendamento chiede la votazione per appello nominale a nome Foschi, Zinni, Natali. Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

Favorevoli: Acquaroli, Bugaro, Carloni, D'Anna, Foschi, Latini, Marangoni, Massi, Natali, Romagnoli, Silvetti, Trenta, Zaffini, Zinni

Contrari: Badiali, Busilacchi, Camela, Canzian, Comi, Donati, Eusebi, Giancarli, Giannini, Giorgi, Luchetti, Malaspina, Mezzolani, Perazzoli, Petrini, Ricci, Siapichetti, Solazzi, Spacca, Traversini

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 103 della Consigliera Foschi:

Capitolo XI 1.3 La Pianificazione delle Azioni alla pagina 222, ultimo punto dell'elenco, terza riga, le parole "alle strutture di riferimento sovraprovinciale" sono sostituite dalle seguenti: "ai nodi provinciali della fascia adriatica".

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 104 della Consigliera Foschi:

Capitolo XI 1.3 La Pianificazione delle Azioni alla pagina 222, ultimo punto dell'elenco, dopo le parole "del presente piano" aggiungere "garantendo il mantenimento di tutti i reparti attualmente esistenti per la cura del paziente acuto, l'implementazione delle attività e l'incremento dei servizi per la copertura delle situazioni di urgenza ed emergenza".

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 105 del Consigliere Marangoni:

PARTE V (I PROCESSI DI SUPPORTO) - Capitolo XIII (Il sistema infrastrutturale) - paragrafo XIII.3 "La pianificazione delle azioni", dopo il punto: "il rafforzamento delle strutture di rete della fascia collinare della Regione (Urbino e Jesi) in termini di adeguamento strutturale, differenziazione delle attività ed integrazione dei servizi rispetto alle strutture di riferimento sovraprovinciale assicurando priorità di finanziamento al completamento delle opere di ristrutturazione avviate alla data di approvazione del presente piano". E' aggiunto il seguente: "il mantenimento del Dipartimento Medico Chirurgico di Sassocorvaro, con relativo potenziamento dei servizi sanitari essenziali al fine del soddisfacimento dell'attuale elevato bacino d'utenza;"

Ha la parola il Consigliere Marangoni.

Enzo MARANGONI. Questo emendamento, sul quale chiedo il voto nominale a nome mio e dei Consiglieri D'Anna e Silvetti, parla di Sassocorvaro. Aggiunge: "il mantenimento del Dipartimento Medico Chirurgico di Sassocorvaro, con relativo potenziamento dei servizi sanitari essenziali al fine del soddisfacimento dell'attuale elevato bacino d'utenza".

Qui non c'è solo un discorso di bacino d'utenza, ma c'è un discorso di orografia

particolare, di area industriale in espansione, di decentramento, inoltre di un'area particolare della nostra regione che non dobbiamo dimenticare; serve una parte dell'alto Montefeltro e l'Alta Valle del Foglia.  
Chiedo il voto favorevole.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione per appello nominale.

Francesco COMI. Contrario.

Favorevoli: Bugaro, Carloni, D'Anna, Foschi, Marangoni, Marinelli, Romagnoli, Silvetti, Trenta, Zaffini, Zinni

Contrari: Acacia Scarpetti, Badiali, Busilacchi, Camela, Canzian, Comi, Donati, Eusebi, Giancarli, Giannini, Giorgi, Latini, Luchetti, Malaspina, Marconi, Mezzolani, Ortenzi, Perazzoli, Petrini, Ricci, Sciapichetti, Solazzi, Spacca, Traversini

Astenuti: Natali

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 106 del Consigliere Marangoni:

PARTE V (I PROCESSI DI SUPPORTO) - Capitolo XIII (Il sistema infrastrutturale) - paragrafo XIII.3 "La pianificazione delle azioni", dopo il punto: "il rafforzamento delle strutture di rete della fascia collinare della Regione (Urbino e Jesi) in termini di adeguamento strutturale, differenziazione delle attività ed integrazione dei servizi rispetto alle strutture di riferimento sovraprovinciale assicurando priorità di finanziamento al completamento delle opere di ristrutturazione avviate alla data di approvazione del presente piano". E' aggiunto il seguente: "il mantenimento dei servizi sanitari essenziali ai bisogni del territorio montano e pedemontano soddisfatti dalla struttura ospedaliera di Pergola; nella fattispecie mantenimento degli attuali posti di terapia intensiva, di medicina interna, diabetologia, riabilitazione intensiva, dei centri ambulatoriali di riabilitazione, di chirurgia generale, nonché dell'anestesia e del punto di Pronto Soccorso, della diagnostica per immagini e del Laboratorio Analisi. Istituzione di un centro per il servizio dialisi". Ha la parola il Consigliere Marangoni.

Enzo MARANGONI. Penso che questa sia l'ultima possibilità di aiutare gli amici di Pergola che ci stanno guardando, visto che voi della maggioranza tutti gli altri emendamenti a favore di Pergola li avete bocciati.

Questo emendamento prevede che: "il mantenimento dei servizi sanitari essenziali ai bisogni del territorio montano e pedemontano soddisfatti dalla struttura ospedaliera di Pergola; nella fattispecie mantenimento degli attuali posti di terapia intensiva, di medicina interna, diabetologia, riabilitazione intensiva, dei centri ambulatoriali di riabilitazione, di chirurgia generale, nonché dell'anestesia e del punto di Pronto Soccorso, della diagnostica per immagini e del Laboratorio Analisi. Istituzione di un centro per il servizio dialisi".

Chiedo l'appello nominale a nome mio e dei Consiglieri Silvetti e D'Anna.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

Favorevoli: Acquaroli, Carloni, D'Anna, Foschi, Latini, Marangoni, Marinelli, Natali, Pieroni, Romagnoli, Silveti, Trenta, Zaffini, Zinni

Contrari: Busilacchi, Camela, Canzian, Comi, Giancarli, Giannini, Giorgi, Luchetti, Malaspina, Marconi, Mezzolani, Ortenzi, Perazzoli, Petrini, Ricci, Sciapichetti, Spacca, Traversini

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 107 del Consigliere Latini:

Allegato B (La pianificazione delle Azioni) - Paragrafo XIII.3 pagina 222 al terzo capoverso dopo il punto 9 aggiungere il seguente punto: "di mantenere e di potenziare i servizi ospedalieri già presenti nel presidio Ospedaliero di Matelica, con particolare attenzione al Reparto di Riabilitazione Specialistico, eccellenza dell'Ospedale."

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 108 del Consigliere Latini:

Allegato B (La pianificazione delle Azioni) - Paragrafo XIII.3 pagina 222 al terzo capoverso dopo il punto 10 aggiungere il seguente punto: "di mantenere e di potenziare gli altri servizi ospedalieri già presenti nel presidio Ospedaliero di Chiaravalle."

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 109 della Consigliera Foschi:

A pag 223, il secondo punto dell'elenco è così integrato: dopo le parole "pur in una logica di integrazione con le reti cliniche;" sono aggiunte le seguenti:"tale linea di azione non riguarda le strutture ospedaliere di dimensioni limitate ubicate in area montana e lontane oltre 30 km dal più vicino Ospedale di rete ovvero ad esso collegato da viabilità disagiata o sia in posizione di confine con altre regioni. Per queste strutture si prevede la riqualificazione a garanzia dei servizi di base e della copertura dei servizi di emergenza. In particolare si prevede di dotare tali strutture di una chirurgia di media complessità a ciclo continuo e di una medicina per acuti, con numero di posti letto sufficienti all'utenza e comunque non inferiori alla dotazione- attuale; vi si prevede altresì l'istituzione di un Pronto Soccorso e l'attivazione di posti di terapia intensiva postoperatoria; Vi si prevede infine la presenza di un Centro per la dialisi ad assistenza decentrata (CAD) nonché il mantenimento e il potenziamento degli altri servizi ospedalieri presenti."

Ha la parola la Consigliera Foschi.

Elisabetta FOSCHI. (accensione tardiva del microfono)...quello votato prima a firma Comi e sostanzialmente Mezzolani, che doveva essere l'emendamento a sostegno delle strutture cosiddette minori.

Questo emendamento precisa quali strutture minori vanno salvaguardate in base ad alcuni criteri, la distanza superiore ai 30 chilometri rispetto alle strutture di rete vicine e caratterizzate da una viabilità disagiata.

Si precisa ovviamente quali servizi devono avere queste strutture, perché, ripeto, scrivere potenziamento può voler dire tutto o niente, può voler dire dare un futuro a quelle strutture oppure destinarle a un'eutanasia più o meno lenta.

Quindi è importante votare questo emendamento se davvero si vuole difendere le piccole e medie strutture, soprattutto, ripeto, quelle montane, estendendo a tutte le province il principio che è valso per la provincia di Ancona e la zona di Fabriano, laddove il piano riconosce una valenza all'area montana, tanto da indicare Fabriano come riferimento con tanto di elisoccorso e potenziamento dell'elisoccorso. Ecco, si chiede di estendere questo principio anche alle aree montane delle altre province.

Anche perché mi permetto di dire – forse dovrete correggermi – l'emendamento passato prima a firma Comi cambia le parole del piano in una pagina, la 116, mentre le stesse frasi sono ripetute in tre parti diverse. Quindi, non capisco, andate a creare anche delle discrasie tra una parte e l'altra del piano. Per cui se non andate a correggere dappertutto, quindi non solo a pag. 116, ad esempio a pag. 40 e 45 le parole sono identiche, Presidente Comi, ecco, mi sembra non abbia molto valore.

Chiedo l'appello nominale a nome mio e dei colleghi Trenta e Carloni.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione per appello nominale.

Francesco COMI. Contrario.

Favorevoli: Acquaroli, Bugaro, Carloni, D'Anna, Foschi, Latini, Marangoni, Marinelli, Massi, Natali, Romagnoli, Silveti, Trenta, Zaffini, Zinni,

Contrari: Badiali, Busilacchi, Camela, Canzian, Comi, Donati, Eusebi, Giancarli, Giannini, Giorgi, Luchetti, Malaspina, Marconi, Mezzolani, Ortenzi, Perazzoli, Petrini, Ricci, Siapichetti, Solazzi, Spacca, Traversini

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 110 del Consigliere Marangoni:

PARTE V (I PROCESSI DI SUPPORTO) - Capitolo XIII (Il sistema infrastrutturale) -

paragrafo XIII.4 "I principali atti normativi" dopo il punto: "Accordo per la realizzazione del Nuovo Salesi (DGR n. 174/2410)" è aggiunto il seguente punto:

"Protocollo di intesa tra Regione Marche e Comuni di Osimo e Loreto (DGR n. 239 del 05.10.2009)".

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 111 del Consigliere Marangoni:

Parte V - I PROCESSI DI SUPPORTO - capitolo XV - paragrafo XV.1.1 "Laboratori", il punto: "eliminazione della duplicazione dei servizi"; è sostituito dal seguente: "eliminazione della duplicazione dei servizi, fatti salvi quei laboratori ad elevato bacino di utenza a forte afflusso turistico stagionale e presenti in strutture ospedaliere".

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 112 del Consigliere Marangoni:

Parte V - I PROCESSI DI SUPPORTO - capitolo XV - paragrafo XV.1.1 "Laboratori", il punto: "eliminazione della duplicazione dei servizi"; è sostituito dal seguente: "eliminazione della duplicazione dei servizi, fatti salvi quei laboratori ad elevato bacino di utenza e presenti in strutture ospedaliere".

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 113 del Consigliere Marangoni:

Parte V - I PROCESSI DI SUPPORTO - capitolo XV - paragrafo XV.11 "Laboratori", il punto: "garanzia in tutti i presidi ospedalieri periferici, in cui viene effettuata attività chirurgica, dell'attività diagnostica d'urgenza (qualora attualmente presente), ovviamente correlata al grado di complessità della struttura ospedaliera, centralizzando la normale attività di routine in unico laboratorio di riferimento individuato per area distrettuale o sovradistrettuale" è sostituito dal seguente: "garanzia in tutti i presidi ospedalieri periferici in cui viene effettuata attività chirurgica, dell'attività diagnostica d'urgenza (qualora attualmente presente), centralizzando la normale attività di routine in un unico laboratorio di riferimento individuato per area distrettuale".

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 114 del Consigliere Marangoni:

Parte V - I PROCESSI DI SUPPORTO - capitolo XV - paragrafo XV.11 "Laboratori", il punto: "garanzia in tutti i presidi ospedalieri periferici, in cui viene effettuata attività chirurgica, dell'attività diagnostica d'urgenza (qualora attualmente presente), ovviamente correlata al grado di complessità della struttura ospedaliera, centralizzando la normale attività di routine in unico laboratorio di riferimento individuato per area distrettuale o sovradistrettuale" è sostituito dal seguente: "garanzia in tutti i presidi ospedalieri periferici, in cui viene effettuata attività chirurgica, dell'attività diagnostica d'urgenza (qualora attualmente presente);".

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 115 del Consigliere Marangoni:

Parte V - I PROCESSI DI SUPPORTO - capitolo XV - paragrafo XV.11 "Laboratori", il punto: "mantenimento nelle strutture periferiche (ex ospedali di polo) del punto prelievi ed eventualmente, a seguito di valutazione di effettiva necessità basata sulla numerosità di interventi prevedibile e distanza da sede ospedaliera dotata di laboratorio, delle apparecchiature necessarie per gestire eventuali urgenze, secondo un pannello predefinito" è sostituito dal seguente: "mantenimento nelle strutture periferiche (ex ospedali di polo) del punto prelievi ed a seguito di valutazione di effettiva necessità basata sulla numerosità di interventi prevedibile, sui dati storici di accesso e sulla distanza da sede ospedaliera dotata di laboratorio, delle - necessarie per gestire eventuali urgenze, secondo un pannello predefinito;"

Ha la parola il Consigliere Marangoni.

Enzo MARANGONI. Illustro sia questo emendamento che il n. 116, entrambi riguardano i laboratori di analisi.

Ormai la tendenza a degradarle di fatto a punti prelievo è ampiamente diffuso in questa regione. Quindi nell'emendamento n. 115 chiedo si faccia riferimento ai dati storici di accesso, mentre nell'emendamento n. 116 chiedo che venga tolta la parola "prevedibile" e anche qui che si faccia riferimento ai dati storici di accesso.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Busilacchi.

Gianluca BUSILACCHI. Poiché il Consigliere Marangoni o visto che presenta diversi emendamenti uguali, ecco, crea confusione in Aula. Per cui chiedo che se il n. 115 viene bocciato automaticamente venga bocciato, come indicazione sostanziale dell'Aula, anche il n. 116.

PRESIDENTE. E' il contrario, se il 115 passa decade il 116.

Gianluca BUSILACCHI. Sono uguali!

Enzo MARANGONI. No, il contenuto è diverso, Consigliere, ha letto male! Neanche opposizione possiamo fare, non ho capito!

Gianluca BUSILACCHI. C'è modo e modo!

PRESIDENTE. Emendamento n. 115. Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 116 del Consigliere Marangoni:

Parte V - I PROCESSI DI SUPPORTO - capitolo XV - paragrafo XV.11 "Laboratori", il punto: "mantenimento nelle strutture periferiche (ex ospedali di polo) del punto prelievi ed eventualmente, a seguito di valutazione di effettiva necessità basata sulla numerosità di interventi prevedibile e distanza da sede ospedaliera dotata di laboratorio, delle apparecchiature necessarie per gestire eventuali urgenze, secondo un pannello predefinito" è sostituito dal seguente: "mantenimento nelle strutture periferiche (ex ospedali di polo) del punto prelievi ed a seguito di valutazione di effettiva necessità basata sulla numerosità di interventi in base ai dati storici di accesso e alla distanza da sede ospedaliera dotata di laboratorio, delle apparecchiature necessarie per gestire eventuali urgenze, secondo un pannello predefinito;"

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 117 del Consigliere Marangoni:

Parte XV - "Il Sistema delle Tecnologie e dei Servizi" - sottocapitolo XV1.3 "Radioterapia" al paragrafo intitolato "Tecniche Standard (trattamenti di cat. A,B,C ...)" dopo il punto "1) implementare un modello organizzativo che permetta la reale confluenza dei pazienti che richiedono trattamenti altamente specialistici nelle strutture regionali individuate" va aggiunto il punto: "2) istituire anche tramite l'apporto dell'attività di privati, già presenti e qualificati nel settore, dei centri nella regione Marche degni di rilievo".

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 118 del Consigliere Marangoni:

Parte XV - Il Sistema delle Tecnologie e dei Servizi - sottocapitolo XV.1.1, pag. 260, dopo il capoverso recante la frase: "Particolarmente critiche sono invece le risultanze emerse per i sistemi radiologici con tavolo telecomandato e, ancor più, per i sistemi mammografici. Anche per tali tecnologie ad ogni buon conto, grazie alle linee di finanziamento di cui all'Art.20 - D.Lgs. 67/88, sono già in corso importanti interventi di sostituzione con sistemi digitali diretti ad alte performance ed alta qualità" va aggiunto il seguente capoverso: "Occorre evidenziare inoltre che le strutture private attuali nella regione Marche non offrono sistemi RMN validi per la diagnosi anche di piccoli distretti corporei, perché dotate di poche Tesla (meno di 0,3) , per cui i pazienti spendono ma ricevono in cambio diagnosi non appropriate. La fuoriuscita presso altri centri fuori Regione pertanto è tutt'altro che bassa, per cui è auspicabile, in attesa che le strutture pubbliche si adeguino alle richieste dell'utenza, con strumentazione all'avanguardia, la presenza di privati convenzionati "qualificati" che possano erogare prestazioni utili ai pazienti.

Altrettanto utili sono poi i piccoli centri di radiodiagnostica e di screening collegabili ai medici di base che possano liberare spazi a quei punti di pronto soccorso cronicamente intasati.".

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 119 del Consigliere Marangoni:

PARTE V - Capitolo XV (Il sistema delle tecnologie e dei servizi) - al paragrafo XV 1.5. "Radiologia", al sottoparagrafo "Piano di Sviluppo" il punto:"Ad esso spetterà il compito di definire il piano di riorganizzazione della rete della diagnostica per immagini nei suoi molteplici aspetti al fine di individuare e migliorare gli elementi più critici (equilibrio domanda/offerta, tempi di attesa, mobilità, appropriatezza, accessibilità, rapporto ospedale/territorio, risorse umane, risorse tecnologiche, razionalizzazione dell'offerta, qualità, attività intramoenia, rapporti con i privati, monitoraggio,...), declinando possibili soluzioni su dimensione di area vasta" è sostituito dal seguente: "Ad esso spetterà il compito di definire il piano di riorganizzazione della rete della diagnostica per immagini nei suoi molteplici aspetti al fine di individuare e migliorare gli elementi più critici (equilibrio domanda/offerta, tempi di attesa, mobilità, appropriatezza, accessibilità, rapporto ospedale/territorio, risorse umane, risorse tecnologiche, razionalizzazione dell'offerta, qualità, attività intramoenia, rapporti con i privati, monitoraggio,...)".

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 120 del Consigliere Zaffini:

XV.2 - LA DEFINIIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO E LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI (pag. 265) all'elenco puntato dopo il punto 3 inserire il seguente punto: utilizzo delle apparecchiature di diagnostica nell'arco delle 24 ore;".

Ha la parola il Consigliere Zaffini.

Roberto ZAFFINI. Presidente Comi, faccia in modo che io questo piano lo possa mettere almeno nel mio scaffale! C'è solo un punto su cui chiedo una cosa semplice, ossia che l'utilizzo delle apparecchiature di diagnostica siano utilizzate nell'arco delle 24.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 121 dei Consiglieri Natali, Foschi, Zinni, Massi:

PARTE VI - I FATTORI DI PRODUZIONE - Capitolo "I SISTEMA DELLE RISORSE UMANE"  
paragrafo XVI.3 LA PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI - sub Sistema di risparmio per  
effetto delle cessazioni del personale nel triennio 2012-2014 - Pag 26. Al primo  
capoverso dopo le parole 'Stimate per ciascun anno sopprimere le parole "del  
costo medio per profilo e per categoria", ed aggiungere le parole "del blocco dei  
profili amministrativi a favore dei profili sanitari".

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 122 del Consigliere Marangoni:

PARTE VI (I FATTORI DI PRODUZIONE), - -CAPITOLO XII (IL SISTEMA FARMACO E I  
DISPOSITIVI MEDICI) - PARAGRAFO XVII.2 (DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE  
LINEE DI INTERVENTO) - Sottoparagrafo intitolato "Azioni", dopo il punto  
"incremento della distribuzione diretta tramite le farmacie ospedaliere ed i servizi  
farmaceutici territoriali (soprattutto per le terapie croniche: farmaci per  
scompenso cardiaco, post-IMA, antidiabetici, antiglaucoma, Eparine a Basso Peso  
Molecolare, ecc.) è inserito il seguente: "gratuità nella fornitura di integratori, nella  
fattispecie i supplementi energetici e proteici di vitale importanza per pazienti  
malati oncologici, portatori di sondino naso-gastrico, soggetti con piaghe da  
decubito, ustionati gravi e pazienti mal nutriti; i soggetti che necessitano di questo  
aiuto sono quelli ospitati nelle RSA, in Residenze Protette e gli assistiti a domicilio;".  
Ha la parola il Consigliere Marangoni.

Enzo MARANGONI. Per tranquillizzare il Consigliere Busilacchi dico che gli  
emendamenti n. 122, n. 123, n. 124 e n. 125, che illustro comunque tutti insieme,  
sono tutti diversi, non tutti uguali. Diversi o nel testo che chiedo di modificare o  
nella modifica che sottopongo. Riguardano però un unico argomento, su cui vi  
chiedo attenzione perché è molto interessante.

Parliamo degli integratori alimentari che vengono dati ai malati oncologici, agli  
ustionati gravi, ai malati con piaghe da decubito, ai malati malnutriti ed altri casi  
problematici.

Ho scoperto che c'è una varietà incredibile, addirittura tra distretto e distretto  
nell'ambito della medesima area vasta, non solo tra aree vaste diverse, c'è un  
distretto che fa una cosa e uno che ne fa un'altra. Pertanto chiedo che per gli  
integratori alimentari, che sono fondamentali per la vita di queste persone, venga  
garantita la gratuità in questi casi: malati oncologici, portatori di sondino naso-  
gastrico, quelli che hanno piaghe da decubito, gli ustionati gravi e i pazienti  
malnutriti.

Recentemente ho scoperto, per esempio, che nel distretto di Civitanova-  
Recanati, dove prima venivano dati a tutti questi casi, per risparmiare li hanno  
ristretti soltanto agli oncologici gravi. Grazie per l'attenzione che vedo, colleghi! Mi  
rendo conto che è tardi, ma c'è gente che sta morendo per il fatto di aver  
appunto tolto la gratuità ai malati da decubito e malnutriti, lasciandola solo agli  
oncologici. Inoltre in distretti della medesima area si fa in modo diverso, mentre in

altre aree non si sa cosa si fa, ognuno fa come vuole.

Quindi chiedo, attraverso l'approvazione di questi quattro emendamenti, che venga garantita la gratuità degli integratori alimentari per questi soggetti in gravi condizioni. Peraltro anche molto costosi

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 123 del Consigliere Marangoni:

PARTE VI (I FATTORI DI PRODUZIONE), - CAPITOLO XII (IL SISTEMA FARMACO E I DISPOSITIVI MEDICI) – PARAGRAFO XVII.2 (DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO) - Sottoparagrafo intitolato "Risultati economici attesi" dopo il punto "progetti di continuità assistenziale ospedale-territorio per i farmaci e i dispositivi medici" è inserito il seguente: "omogeneizzazione nell'intero territorio regionale della gratuità della fornitura dei supplementi energetici e proteici di vitale importanza per pazienti malati oncologici, ustionati gravi, portatori di sondino naso-gastrico, soggetti con piaghe da decubito e pazienti mal nutriti;".  
Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 124 del Consigliere Marangoni:

PARTE VI (I FATTORI DI PRODUZIONE), - CAPITOLO XII (IL SISTEMA FARMACO E I DISPOSITIVI MEDICI) – PARAGRAFO XVII.2 (DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO) - Sottoparagrafo intitolato "Risultati economici attesi" dopo il punto "progetti di continuità assistenziale ospedale-territorio per i farmaci e i dispositivi medici" è inserito il seguente: "riassetto e omogeneizzazione per tutti i Distretti sanitari regionali nella fornitura con relativa gratuità dei supplementi energetici e proteici di vitale importanza per pazienti malati oncologici, portatori di sondino naso-gastrico, soggetti con piaghe da decubito, ustionati gravi e pazienti mal nutriti; i soggetti che necessitano di questo aiuto sono quelli assistiti a domicilio, quelli ospitati nelle RSA e in Residenze Protette;".  
Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 125 del Consigliere Marangoni:

PARTE VI (I FATTORI DI PRODUZIONE), - CAPITOLO XII (IL SISTEMA FARMACO E I DISPOSITIVI MEDICI) – PARAGRAFO XVII.2 (DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO) - Sottoparagrafo intitolato "Risultati economici attesi" dopo il punto "progetti di continuità assistenziale ospedale-territorio per i farmaci e i

dispositivi medici" è inserito il seguente: "riassetto e omogeneizzazione per tutti i Distretti sanitari regionali nella fornitura con relativa gratuità dei supplementi energetici e proteici di vitale importanza per pazienti malati oncologici, ustionati gravi, portatori di sondino naso-gastrico, soggetti con piaghe da decubito e pazienti mal nutriti;".

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 126 del Consigliere Marangoni:

Paragrafo XVIII.1 "il contesto di riferimento" dopo il capoverso recante la frase: "In tale scenario la corretta collocazione degli erogatori privati deve essere individuata in complementarietà con il pubblico, in azione "concorrente", e non come "competitore" delle strutture pubbliche. Diventa pertanto fondamentale che le azioni di programmazione siano coerenti con la necessità che la gestione da parte dell'ASUR, cui competono i rapporti di committenza, sia orientata ad integrare l'erogatore privato nel ventaglio dell'offerta sanitaria in una logica che privilegi l'appropriatezza e la qualità della prestazione a garanzia innanzitutto del cittadino" va aggiunto il capoverso: "È ancora importante ricordare che la fruibilità di interventi in Day Surgery in questa Regione è molto bassa nel settore pubblico e sarebbe auspicabile un'integrazione con il privato convenzionato per la fruibilità di prestazioni in Day Surgery in libera professione intramoenia. Tutto questo favorendo accordi tra Aziende Pubbliche, Ospedali e Privati, al fine di erogare tali prestazioni secondo le necessità dei cittadini e garantendo comunque un utile alle casse della Regione e delle Aziende Ospedaliere che ne facciano richiesta, piuttosto che favorire la mobilità passiva per tali prestazioni.".

Lo pongo in votazione.

Francesco COMI. Contrario.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento n. 127 della Consigliera Giorgi. Ritirato.

Passiamo alla votazione dell'ordine del giorno n. 1 dei Consiglieri Trenta, Natali:  
Oggetto: Istituzione dell'Azienda sanitaria Marche Sud.

L'Assemblea regionale delle Marche, impegna la Giunta regionale a predisporre e a presentare entro il 31 maggio 2012 la proposta di legge per l'istituzione dell'Azienda sanitaria Marche Sud.

Ha la parola il Consigliere Trenta.

Umberto TRENTA. Sono molto stanco e poco lucido, come aveva notato il Presidente Spacca, però, Presidente, ho buona memoria. (...) Come? C'è un errore? Dove? Ah, sì, Azienda ospedaliera, rettifico in corsa.

Presidente, questa mattina le dissi che sarebbe successo qualcosa in Aula. Però confido sulla sua parola, e lei è un governatore che decide. E questo è

semplicemente un argomento di ordine temporale. Parliamo di sei mesi, non penso abbia difficoltà a predisporre questo atto e a farlo. Assessore Mezzolani, credo che anche lei sia d'accordo, mi pare che sia contenuto alle pagine che lei stesso mi ha descritto. Ed invito con molta gentilezza l'Assessore al Piceno Canzian, che sicuramente è Assessore autorevole perché ha un territorio alle spalle, unitamente ai Consiglieri del Piceno, a sostenere questo ordine del giorno. Invito anche il buon cuore di quei Consiglieri regionali che sono per il riequilibrio tra il nord dell'Abruzzo e il nord delle Marche - che non è un errore! -, in considerazioni di quelle percentuali del 20% e 7-8% del tessuto regionale. Quindi, Assessore Canzian, le affido, con quella autorevolezza che lei ha sempre dimostrato, il sostegno di questo ordine del giorno. Grazie.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Natali.

Giulio NATALI. Abbiamo fatto questo proprio per sovvenirvi. Tutto quello che ci avete detto l'abbiamo tradotto in un ordine del giorno. Quindi non penso si dovrebbe neanche discutere, no! Ci avete detto che i tempi erano questi, che era tutto preciso e tutto predisposto, e quindi vi abbiamo fatto questa grande cortesia.

Ed io affido anche all'Assessore Donati non solo all'Assessore Canzian.

Francesco COMI. Parere contrario.

PRESIDENTE. E' stato richiesto il voto per appello nominale a nome dei Consiglieri Natali, Acquaroli, Zinni e Trenta.

Ordine del giorno n. 1. Lo pongo in votazione per appello nominale.

Francesco COMI. Contrario.

Favorevoli: Acquaroli, Bugaro, Camela, D'Anna, Foschi, Marangoni, Marinelli, Massi, Natali, Silveti, Trenta, Zaffini, Zinni, Romagnoli.

Contrari: Badiali, Busilacchi, Canzian, Comi, Donati, Giancarli, Giannini, Giorgi, Latini, Luchetti, Marconi, Mezzolani, Petrini, Ricci, Sciapichetti, Solazzi, Spacca, Traversini.

Astenuti: Pieroni.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Paa n. 14. Coordinamento tecnico. 14. Lo pongo in votazione.

(L'Assemblea legislativa approva)

Francesco COMI. Presidente, chiedo il voto nominale sulla votazione finale dell'atto a nome Ricci, Ortenzi, Comi.

PRESIDENTE. Un attimo, Comi, ci sono prima le dichiarazioni di voto per le quali chiedono di intervenire i Consiglieri: Malaspina, Zaffini, Marangoni, Trenta, Massi, Latini, Pieroni, Comi, Natali, D'Anna. E' chiusa la richiesta di interventi. Il tempo

degli interventi, come da regolamento, si deve limitare nei cinque minuti.  
Ha la parola la Consigliera Malaspina.

Maura MALASPINA. Signor Presidente, colleghi Consiglieri, la prima osservazione che mi sento di fare, è che la prima manovra del Governo Monti, oggi in approvazione oggi alla Camera, non taglia un solo euro al servizio sanitario nazionale.

Il fondo nazionale rimane pertanto a circa 107 miliardi di euro per il 2012 e tale cifra speriamo rimanga nel triennio prossimo senza decurtazioni.

In tale ottica il fondo sanitario regionale rimane di 2 miliardi e 700 milioni per il 2012. La grave crisi economica e finanziaria che sta vivendo l'Italia non ci consente, però, di rimanere ottimisti su questi dati. Primo, perché tra qualche anno subiremo gli effetti del federalismo fiscale con l'introduzione dei costi standard del servizio sanitario regionale. Secondo, perché si profila una grave recessione economica rispetto alla quale crescerà la spesa sociale a causa dell'aumento dell'area della povertà, con conseguente riduzione delle altre componenti della spesa pubblica, senza escludere tra queste anche quelle riguardanti la sanità.

Come è stato scritto nel piano c'è il rischio che siano messi in discussione i principi di universalità, equità e solidarietà, su cui si è fondato il servizio sanitario nazionale e regionale.

A rischio sono pure le prestazioni sociali rivolte alle condizioni di fragilità e cronicità. Di fronte a queste preoccupazioni non possiamo rimanere con le mani in mano, per lasciarci poi travolgere da un pianto lamentoso. I marchigiani hanno saputo sempre prevedere, prevenire e risolvere i loro problemi.

Per questa ragione oggi discutiamo non di un piano sanitario ma di un piano sociosanitario regionale, al fine di ricomprendere in un unico quadro di indirizzo gestionale ed operativo i vari aspetti della tutela della salute e attendono il momento della prevenzione, della cura, della riabilitazione.

Perché nessuno di questi momenti della tutela della salute possa essere considerato a detrimento l'uno dell'altro, è necessario affidarsi alla chiave di volta di questo Piano, che è in una delle parole del titolo: appropriatezza!

Sostenibilità, innovazione e sviluppo si potranno realizzare solo se potranno essere recuperate risorse cancellando sprechi, eliminando arbitri ed eliminando prestazioni inappropriate, che sono ingiuste prima che costose.

Con questo piano, pertanto, si mira a riorganizzare il sistema, ridefinendo i percorsi assistenziali, senza degradare i processi di cura, anzi, vanno sviluppati al fine di recuperare risorse per garantire sicuramente gli attuali livelli di prestazioni sanitarie e sociali e possibilmente migliorarle.

Solo con questa impostazione strategica possono essere perseguiti gli obiettivi indicati da questo Piano: la promozione della salute, lo sviluppo dell'integrazione socio sanitaria, lo sviluppo della medicina di genere che rappresenta un impegno esplicito del servizio sanitario regionale verso la tutela della salute delle donne. La discussione di questo Piano è durata complessivamente oltre un anno ed ha conosciuto fasi contraddittorie.

Noi dell'Udc, come è a tutti noto, siamo stati sostenitori della personalità giuridica delle aree vaste e non siamo mai stati chiusi al confronto con i sostenitori di un altro modello organizzativo di tipo aziendalistico, che vede la separazione della committenza dalla produzione dei servizi sanitari, secondo il cosiddetto "modello

lombardo".

Abbiamo però ritenuto, dopo attenta riflessione, di riconoscere la validità della continuità assistenziale prevista dalla legge 13 del 2003, al fine di riallineare i livelli assistenziali dal nord al sud delle Marche, omogeneizzando la distribuzione della spesa pro capite e le prestazioni socio-sanitarie, ancora oggi troppo differenziate tra provincia e provincia.

Sia ben chiaro, l'Udc non è in via pregiudiziale contro una visione aziendalistica della gestione sanitaria, soprattutto per quanto riguarda il segmento ospedaliero. Riteniamo che una sana concorrenza tra pubblico e privato e tra presidi ospedalieri pubblici sia una scelta virtuosa, che migliora l'efficienza del sistema ed introduce buone pratiche e alza il livello della qualità delle prestazioni.

Riteniamo però che in questa fase storica sia prioritario il riequilibrio del territorio attraverso una razionalizzazione finanziaria e di prestazioni attraverso l'ASUR, ossia una gestione centralizzata che tolga a chi finora ha ottenuto di più e dia a chi ha sempre ottenuto di meno.

La concorrenza potrà esserci solo quando tutti potranno partire dallo stesso punto di partenza.

L'aziendalizzazione alle attuali condizioni significherebbe dare di più a chi ha già di più, con posizioni dominanti sul mercato della sanità.

Perciò siamo favorevoli ad una visione aziendalistica ma in proiezioni future, ossia quando tutti potranno giocare alla pari le proprie qualità organizzative e territoriali, e già da oggi ci vogliamo preparare a questa prospettiva.

Come Udc esprimo compiacimento per il lavoro svolto dalla quinta Commissione sanità, in particolar modo al Consigliere Camela per avere contribuito a superare incoerenze e criticità rispetto a tale impostazione, che nel medio periodo deve ancora esplicitare le sue finalità di riequilibrio territoriale.

La continuità assistenziale costituisce, infatti, l'essenza del nostro sistema sanitario, sicuramente molto più vicino ai bisogni dei malati e in grado di accompagnarli in tutte le necessità, soprattutto per i più bisognosi, quelli che avendo malattie croniche utilizzano in modo occasionale l'ospedale ma hanno necessità di essere aiutati nel percorso attraverso la fase di riabilitazione e quella del recupero in post acuzie e a domicilio.

Il luogo in cui si realizza la continuità assistenziale è l'area vasta.

La serietà di questo Piano sta nella puntualità delle indicazioni sul ruolo che l'area vasta è chiamata a giocare nel triennio di riferimento per realizzare tale continuità assistenziale.

L'ASUR, che svolge una funzione di coordinamento e controllo delle attività gestionali delle aree vaste, le quali sono sue articolazioni territoriali, che attua l'integrazione dei servizi volti ad eliminare le diseconomie ed aumentare competenza in qualità delle prestazioni, che promuove il lavoro in rete, dove a spostarsi sono i sanitari e non i cittadini.

Inoltre, tale processo di integrazione, razionalizzazione e semplificazione, è potenziato con un esercizio centralizzato delle funzioni dell'area amministrativa, tecnica e logistica, per dare efficacia, efficienza ed economicità alla gestione.

Il Piano chiarisce in via definitiva che l'area vasta è la dimensione territoriale ottimale, affinché le reti di servizi, costruite su obiettivi di salute e benessere per il cittadino, nascano dalla ricognizione dei bisogni e della domanda espressa e si attuino riprogettando l'offerta rispetto sia ai punti e alle modalità di erogazione, sia

alla qualità delle prestazioni.

Tradotto in linguaggio politico quanto detto significa: riconvertire presidi sanitari inutili che siano duplicazioni di altri servizi già presenti sul territorio, differenziare l'offerta privata perché sia complementare a quella pubblica che resta prioritaria. L'area vasta deve garantire uguali condizioni di trattamento dei pazienti, indipendentemente dalla fascia territoriale sia costiera, che collinare, che montana.

A livello di area vasta devono essere ottenute le economie di scala necessarie a garantire la realizzazione delle attività programmate nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario.

Oltre a queste dettagliate precisazioni, la quinta Commissione ha anche reso più equilibrato ed accettabile il ruolo di riferimento che il Piano assegna all'azienda ospedaliera-universitaria "Ospedali Riuniti di Ancona" per quanto concerne le altre specialità.

Rispetto ad una tradizionale visione anconicentrica le alte specialità dovrebbero oculatamente essere distribuite su tutto il territorio regionale, rispettando così le funzioni assegnate alle altre aziende come l'ASUR con i suoi presidi ospedalieri e l'IRCA.

In questo quadro, forse qualcosa di più si poteva fare nell'organizzazione della rete di emergenza, il cosiddetto 118.

Non è di facile comprensione come esso dipenda dall'ASUR in tre province e dipenda da due aziende ospedaliere nell'area vasta 1 e 2.

Non si capisce perché in queste due ultime aree vaste il servizio di emergenza debba essere offerto e pagato dall'ASUR e controllato da un'altra azienda, che non pagandolo, non ha nemmeno interesse a controllarlo, con un dispendio evidente di risorse.

Tale dispendio è ancora più evidente se solo si considera il servizio di emergenza nelle aree vaste 1 e 2 che non si integra con la più vasta organizzazione del trasporto sanitario, determinando disfunzioni e diseconomie.

Un punto fondamentale che il Piano non definisce e non poteva definire è quello relativo alla politica degli investimenti.

Il rinnovo tecnologico delle attrezzature, al fine di evitare il pericolo dell'obsolescenza dei servizi e la perdita dell'efficacia degli interventi e dei rischi riguardo alla sicurezza, è condizione ineludibile per garantire la qualità delle prestazioni sanitarie. Così come la messa a norma degli impianti di sicurezza negli ospedali è condizione indispensabile per la qualità dell'erogazione dei servizi sanitari.

Su questo aspetto occorre riflettere e definire una pianificazione precisa e puntuale.

Un ultimo punto mi preme focalizzare: la fattibilità.

Il Piano sarà credibile, valido ed efficace sui tempi di realizzazione della riorganizzazione e delle risorse ad essa destinate se saranno definiti in tempi brevi, ossia entro pochi mesi dall'approvazione del Piano.

In altre parole, la realizzazione dell'indirizzo strategico in piani attuativi, sia aziendali e sia di area vasta, e i programmi annuali coerenti con i budget assegnati alle aziende, deve avvenire in un paio di mesi.

Affinché ciò possa avvenire ci sono tutte le condizioni, basta leggere il capitolo II.2.5 dove si indica il percorso che deve portare a questo risultato. In esso viene

individuato un tavolo di coordinamento e di azione dove sono raccolti gli attori principali, quelli che saranno chiamati a realizzare le azioni strategiche, ossia gli assessori alla sanità e ai servizi sociali, il capo dipartimento salute e i quattro direttori generali delle aziende.

Questi sei soggetti devono operare immediatamente e senza interruzioni, anche perché devono concludere il loro lavoro entro il 30 aprile 2012, in quanto termine ultimo indicato dallo stesso paragrafo.

Se ciò non accadrà avremo nome e cognome di chi non sarà stato capace di portare avanti le linee strategiche di questo piano e il decisore politico dovrà trarne le dovute conseguenze.

Per quanto riguarda la parte sociale concordo appieno con quanto esposto dall'Assessore Marconi, soprattutto nella parte dedicata alla famiglia, attraverso la quale si focalizza un punto fondamentale del programma regionale.

Sono questi aspetti programmatori e gestionali che ci hanno convinto come gruppo Udc a votare favorevolmente questo piano.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Zaffini.

Roberto ZAFFINI. Speravo ci fosse in Aula anche il capitano Spacca, magari mi sta vedendo dalla televisione nella stanza qui accanto o comunque almeno che legga il mio intervento nella verbalizzazione agli atti.

I nostri amici di Pergola prima se ne sono andati dicendo: "ce ne andiamo in Umbria!".

E noi abbiamo già vissuto per colpa della sanità marchigiana una secessione importantissima. Mi dispiace mettere sempre il coltello nella piaga, ma oltre al fattore identitario, in una delle questioni fondamentali per la nostra perdita di territori di immensa bellezza paesaggistica e culturale-storica c'è proprio il tema della sanità, ossia è per la non capacità della Regione di capire le esigenze del territorio, come dire, della Romagna del sud a questo punto.

Ecco, questo è un campanello d'allarme ulteriore. Noi della Lega metteremo il coltello fra i denti e saremo nel territorio a far comprendere cosa significa veramente questo piano.

Si parlava di non mettere i territori l'uno contro l'altro, ma come si fa a non metterli uno contro l'altro quando nell'area vasta 1 sono previsti due ospedali - due! -.

Fano-Pesaro, che andranno a massacrare la collina prospiciente il mare. Poi Urbino. Gli altri, tutti kaput!

Il Consigliere Giancarli diceva che in Ancona sono stati chiusi tanti ospedali.

Caspita! (...) Sì, ma questo vuol dire che ne avevate veramente una marea! Nella nostra area vasta ne rimangono due e ne chiudono quattro, mentre voi ne chiudete nove e ve ne rimangono otto. Otto! Come cavolo siamo messi in questa regione! Me lo dica lei. Possiamo ancora parlare di equiparazione tra i territori?! Dov'è! Dov'è! Di questa oscenità che state facendo lo diremo a tutti i cittadini della provincia di Pesaro. Questo non è campanilismo, è veramente scriteriato! E' folle!

Nella prima pagina del piano si afferma che il welfare deve essere il motore dell'intero sistema regionale, culturale, economico, infrastrutturale, organizzativo. Certo, economico, ma economico per cosa e per chi? Vincoliamo con i PORU zone ai privati entro un aumento del 14% poi diamo la capacità al pubblico di

intervenire in aree paesaggisticamente stupende, instaurando degli ospedali che non servono.

Sì, non servono, sono inutili. Appena due anni fa c'era stato detto – non vedo il dott. Ruta - che sia l'ospedale di Fano che l'ospedale di Pergola si potevano ristrutturare con pochi milioni di euro. Invece no!

Allora quello che condanniamo è anche la perfida strategia che avete adottato in Regione per creare un consenso nella popolazione all'idea dell'ospedale unico. In questi anni avete volutamente fatto mancare tutto quello che era necessario per portare avanti un ospedale che si potesse definire civile. E se semmai lo fosse è solo perché chi ci lavora si è veramente dato da fare per mantenere un certo livello.

Non so se siete mai stati al pronto soccorso di Fano. Questa estate delle persone tedesche che conosco sono venute a Fano e mi hanno detto "ma come fate ad andare in un ospedale come quello?! Andando in giro Fano ci era sembrata una città civile, quindi non ce l'aspettavamo assolutamente". Il pronto soccorso di Fano è incivile! Lo vogliamo dire o no?!

Insomma, ci avete trattato a pesci in faccia! E questo lo diremo ai nostri cittadini. I cittadini sapranno che questo piano è veramente da buttare. La provincia di Pesaro Urbino, che tra l'altro non si chiamerà più così, non vorrà essere anconacentrica, perché è effettivamente così. E questa sarà la nostra lotta da qui per tutto il 2012 in avanti.

Presidenza della Vicepresidente  
Paola Giorgi

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Trenta.

Umberto TRENTA. Voglio poter essere libero nella votazione. Io sono un estroverso, confido ancora nel ripensamento del Presidente Spacca, che è l'uomo che può decidere, e dell'Assessore Mezzolani, come pure dei Consiglieri del territorio piceno. Per cui voterò favorevole a questo piano per fiducia e per speranza, non per i suoi contenuti, per carità.

Confido che la Giunta porti in Aula quel riequilibrio che ci aspettiamo, così come nel refuso precedente, sicché non azienda sanitaria ma azienda ospedaliera. Voterò quindi a favore, però, ripeto, non del piano ma della speranza e per il riequilibrio del territorio.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Massi.

Francesco MASSI. Mi ha colpito un'espressione che prima ha usato il Consigliere Perazzoli quando ha detto che per alcune zone ci sono le certezze, per altre le promesse e per altre ancora gli auspici. E questo purtroppo è vero.

Questo piano ha alimentato le contraddizioni, i misteri, i sospetti. E purtroppo in tutti, e soprattutto nei componenti della maggioranza che stasera se ne vanno via con pochissime certezze.

Io alimentando la speranza, seppure non voterò certo a favore come il collega Trenta, ma contro, non credo nella malafede - lo dico a Mezzolani e a Spacca -, invece credo nell'enorme difficoltà che avete di fare le scelte e di fare le strategie

che servono.

Prima vi ho detto che occorre un clima di responsabilità maggiore, ma ne ripareremo lunedì in occasione del bilancio, il tema è pertinente lo stesso. Un solo appunto metodologico. L'Assessore ha detto che il quadro, quello che noi abbiamo detto che è fatto solo di cornice e non di dipinto cioè non c'è contenuto, si riempirà con il confronto con i territori. Credo di parlare qui a gente esperta di amministrazione comunale, locale e anche regionale, ecco, ma voi pensate di trovare un sindaco che dirà a Mezzolani "accomodati pure, chiudi l'ospedale, taglia il reparto, converti in Rsa"? Se ne trovate uno che lo farà l'anno prossimo diremo a Spacca di dargli il picchio delle Marche! Allora non prendiamoci in giro.

Noi voteremo contro per un motivo principale, perché come Consiglieri eletti in questa Assemblea la delega in bianco non ve la diamo. Non ve la diamo! Avete solo respinto l'idea di ritornare nell'Assemblea quando si tratta di fare le scelte. Sia ben chiaro - in omaggio a quello che ho detto prima, che cioè la politica deve stare lontana dalla gestione -, io non chiedo di venire qui se voi accorpate due reparti con un primario, no, chiediamo di venire qui quando ci sono, ci saranno scelte più complessive, provincia per provincia, area vasta per area vasta, eccellenza per eccellenza, qualità e sicurezza. Tutti principi che lì sono enunciati ma non sono tradotti in nessun atto concreto.

Quindi no alla delega in bianco. Sì invece alla responsabilità che noi continueremo a dare. Però vi invito per l'ennesima volta ad instaurare un clima almeno simile - mi dispiace che non ci sia il Presidente Spacca - a quello che oggi sostiene il Governo Monti, cioè una responsabilità particolare.

Ma, ripeto, ne riparlamo lunedì. Chissà se in quarantotto ore sarete in grado di dare una risposta diversa. Stasera avete dato una risposta contraddittoria e confusa anche alla vostra maggioranza, anche alle città governate dai sindaci di centro-sinistra. Stasera si va via nella confusione.

Ripeto, Consigliere Comi, voi avete lavorato, avete ascoltato, avete fatto sicuramente una buona ricognizione della sanità marchigiana, anche gli obiettivi credo siano ben chiari, io non credo mai nell'incapacità e nella mala fede dell'avversario, ma ritengo sia difficile per tutti tradurre in atti concreti e utili. Per stasera siete sfuggiti, tutto qua, ma perché è difficile, e sarebbe difficile per tutti. La Consigliera Malaspina ha detto come dal Governo nazionale non ci sono stati tagli, come non c'erano nel Governo precedente. La battuta che ho fatto prima è che comunque Monti non è che ha potuto restituire le risorse che erano state tagliate prima. C'è una fiscalità imposta dallo Stato che è quella dell'Irpef che si aggiunge a tante altre cose. Pensate solo alla protesta dei 5 centesimi dell'accisa sulla benzina per l'alluvione che voi avete fatto e il Governo ce n'ha messi 11 in più, totale 16. E non ha protestato nessuno. Questo è il bello del Governo Monti. Governo che noi sosteniamo. Però serve anche per dire che prima forse si è fatta un po' troppa demagogia. Tutto qua. Ma ne riparlamo lunedì, con il governatore Spacca presente.

Dunque votiamo contro perché quel quadro è difficile riempirlo con il confronto, come ha detto l'Assessore Mezzolani, con gli enti locali. Rendetevi conto di come sarà difficile o pressoché impossibile.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Marangoni.

Enzo MARANGONI. La percezione che ho avuto, come ho già detto nel dibattito precedente, è che questo piano sociosanitario sia in realtà una cambiale in bianco. Una cambiale in bianco che autorizzerà di fatto la Giunta a una vera e propria opera di macelleria ospedaliera. E l'abbiamo dimostrato proprio oggi. Una vera e propria opera di macelleria ospedaliera! Nel senso che chiuderete tutta una serie di ospedali nel territorio in previsione di ospedali da costruire chissà dove e chissà quando, o meglio, chissà quando, perché in Italia per costruire un ospedale ci vogliono trent'anni se va bene.

Quindi state veramente buttando dell'oppio in faccia alla gente per far credere che ci sia un miglioramento dell'efficienza. Ma così non è! Avete respinto tutta una serie di emendamenti per gli ospedali di Recanati, di Pergola, di Sassocorvaro e in parte anche di Loreto e Osimo.

Credo non ci si possa aspettare nulla di buono da questo piano sociosanitario. Mi hanno colpito poi alcune cose che ha detto l'Assessore competente, che in questo momento non c'è. Traspariva dal contesto delle sue parole, da ciò che diceva, da come lo diceva, soprattutto una sorta di orgoglio per la chiusura in pareggio della sanità, del bilancio della sanità, un vanto per gli amministratori, e altre menate del genere. Ecco, penso che non sarebbe guastata un po' più di umiltà, visto i problemi che abbiamo nella sanità. Ha detto, riferendosi alla polemica in atto questi giorni riguardo il quadro, la cornice, i pittori, che non è vero che c'è solo la cornice, c'è anche il quadro, ci sarà il quadro, anzi, che ci sono anche i pittori. Bene.

Allora io volevo complimentarmi con tutti questi pittori che hanno fatto spendere a questa Regione 15 milioni di euro per il Cup, dati dalla Giunta a cooperative compiacenti! Mi complimento molto con questi pittori! Oggi però non abbiamo parlato del Cup!

Mi complimento anche con tutti quei pittori che hanno riaumentato a oltre 300 mila euro l'anno i megastipendi ai superman della sanità marchigiana! Mi complimento con quei pittori che durante l'assestamento di bilancio hanno riaumentato a questa cifra tali compensi. Compensi che invece l'Assemblea legislativa con molta saggezza, visti i periodi che corriamo, aveva diminuito nel luglio di quest'anno. Quindi tre mesi dopo i pittori, per usare la terminologia dell'Assessore, hanno fatto questa cosa meravigliosa! Bellissimo! Chiaramente è un eufemismo.

Negli stessi giorni in cui aumentavate a 300 mila euro i megastipendi della sanità marchigiana avete avuto persino la faccia tosta – l'ho già detto prima in occasione di alcuni emendamenti – di togliere la gratuità degli integratori alimentari a gente che sta morendo, ai malati da decubito, ai malati malnutriti. Questo è successo nel distretto di Civitanova-Recanati, ma credo che in altri distretti della medesima area o in altre aree accada la stessa cosa.

Quindi i soldi non ci sono per salvare i malati gravi però ci sono per i 300 mila euro a testa per i megadirettori della sanità, amici da voi nominati. Così come ci sono per le cooperative compiacenti a cui si danno 15 milioni di euro per un Cup che in questo momento fa schifo.

Mi complimento anche con il Presidente Spacca che ha chiesto... (...) No, le voglio bene, Presidente, le sto facendo i complimenti! Le faccio i complimenti perché, ad esempio, ci ha chiesto di spostare ad oggi la seduta che era invece prevista

per martedì scorso. Bèh, oggi lei non è mai stato in Aula! E' venuto al mattino per cinque minuti ed è tornato qui solo ora per il voto. Quindi si è perso tutto il dibattito! Bèh, tanto valeva... (...) Come no! C'è stato stamattina ed è tornato in Aula solo poco fa. Guardi, è proprio di fronte a me, la guardo intensamente, mi creda, l'ho visto! Quindi mi complimento per questo!

Inoltre devo dire che ho vissuto anche una cosa divertente, seppure ci sia la stanchezza mi sono proprio divertito! Oggi con l'emendamento Perazzoli-Camela abbiamo assistito veramente a due cose interessantissime! Anomale in un'Assemblea legislativa regionale. Primo, c'è stata una vera e propria riunione di sezione di partito, il PD, Canzian, diceva, ma il partito, di qua di là. Cioè avete fatto una riunione di partito dentro l'Aula assembleare! Benissimo. Subito dopo c'è stata una riunione di maggioranza, tant'è che il Presidente Spacca ha detto simpaticamente "voi dell'opposizione non ascoltate". Cioè, avete fatto una riunione di partito, il PD, e una riunione di maggioranza dentro un'Assemblea legislativa regionale! Ebbene, questo dimostra quanto sia bislacca, passatemi il termine, la filosofia che c'è dietro questo piano sociosanitario. Nemmeno tra di voi andate d'accordo. Nonostante siano due anni che ne parlate, avete incontrato 700 persone, come diceva il Presidente Comi. .. (...) Ah, 7.000, apposto, pensate quanto sono costate quelle audizioni, indennità, inquinamento, ecc. ecc.!

Io ho presentato 51 emendamenti, uno solo è stato approvato, tre erano passati in Commissione, ma quelli fondamentali non sono stati approvati. Sicchè non posso certo dichiararmi soddisfatto e quindi voterò chiaramente contro.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Comi.

Francesco COMI. Intanto ci tengo a dire una cosa per dare onore a coloro che hanno condotto un grande lavoro. Gli emendamenti che sono stati presentati e che hanno la mia firma non sono gli emendamenti del sottoscritto e della maggioranza, ma sono una parte di tutti gli emendamenti che abbiamo approvato, ovvero quelli approvati dalla Commissione dopo il parere del Cal e del Crel, e che erano sottoscritti da Consiglieri diversi di maggioranza e non solo. Molti altri emendamenti che non sono pervenuti all'Aula, che sono stati esaminati, istruiti e votati in Commissione, stanno dentro il testo, sono contenuti nell'atto. Tra questi per esempio ci sono gli emendamenti di Marangoni, di Zaffini e altri Consiglieri.

C'è poi una considerazione, che ha fatto sia il collega Massi che il collega Marangoni, alla quale voglio dare una risposta chiara, perché è l'accusa più pesante che può essere fatta, quella cioè di una cambiale in bianco alla Giunta rispetto a un documento vago e pertanto aleatorio.

Noi con questo atto non abbiamo delegato alcunché, perchè abbiamo previsto la definizione puntuale degli obiettivi specifici in esso elencati attraverso la concertazione con le parti sociali, attraverso un tavolo regionale di programmazione, attraverso il parere del Cal e attraverso il parere della Commissione assembleare competente. Commissione alla quale tutti i Consiglieri possono partecipare. E debbo qui dire con rammarico che all'inizio della legislatura, quando si dovevano scegliere le Commissioni alle quali aderire, solo due Consiglieri della minoranza hanno scelto di aderirvi. Tutti oggi rivendicano la centralità della sanità, il fatto che occupi il 93% del bilancio, ma quando si era

definita la rappresentanza dentro la Commissione erano stati individuati sette Consiglieri di maggioranza e due di minoranza perché allora – (...) saremmo contenti di aggiornarne la composizione – molti scelsero di far parte di altre Commissioni. Quella Commissione, ripeto, è aperta.

Inoltre è stato detto che manca trasparenza. (...) Consigliere Zinni, lei non è proprio abituato ad ascoltare! Mi appello al Presidente affinché mi faccia parlare senza essere disturbato.

PRESIDENTE. Consigliere Zinni, non disturbi, Consigliere Comi si attenga all'argomento.

Francesco COMI. C'è un atto al quale nessuno ha prestato attenzione, noi abbiamo cioè detto che entro il mese di febbraio di ogni anno la Giunta deve riferire all'Assemblea in modo puntuale e con una relazione lo stato di attuazione del piano, i flussi di mobilità attiva e passiva, lo stato di attuazione del processo di riorganizzazione, l'andamento della riduzione delle liste d'attesa. Ossia, abbiamo reso più trasparente e più partecipato un dibattito rispetto al passato. E soprattutto abbiamo mantenuto un ruolo centrale della comunità marchigiana su un tema rispetto al quale, voglio ricordare, altre Regioni hanno dovuto abdicare.

Il piano è un atto di programmazione importante, quindi voglio ringraziare i Consiglieri di maggioranza e di minoranza, tutti quelli che lo hanno partecipato con attenzione, e soprattutto quei Consiglieri di maggioranza che hanno avuto il coraggio di fare una sintesi, abdicando e sacrificando anche aspettative territoriali più puntuali; ciascuno di noi dentro una logica di programmazione ha dovuto assumersi delle responsabilità, l'abbiamo dovuto fare noi della provincia di Macerata come l'hanno fatto in tanti. Ecco, a quella classe dirigente che ha capito il senso della sfida, a Pesaro, ad Ascoli, ad Ancona, a Fermo, voglio rivolgere un ringraziamento.

Non credo debba essere una preoccupazione quella di dire che i sindaci dovranno decidere con noi, perché delle due l'una, o decidiamo noi da soli o decidiamo insieme ai sindaci. E se l'abbiamo fatto è perché riteniamo che di fronte a una sfida così difficile da fronteggiare tutti devono assumersi delle responsabilità. Insieme dobbiamo assumere le scelte coraggiose a difesa di un modello di sanità pubblica che regge, ancora oggi, solo nella nostra regione.

Presidenza del Presidente  
Vittoriano Solazzi

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Natali.

Giulio NATALI. Vede, Presidente Comi, quando sono state composte le Commissioni, in tanti del PdL volevano entrare in questa Commissione Sanità, ma ci hanno detto che non potevano esserci più di due componenti di un Gruppo. E' solo per questo.

Quindi propongo subito al Presidente dell'Assemblea legislativa l'immediata... (...) Come? (...) Vede, Comi, possiamo discutere su tutto, lei vede il piano in un modo e noi lo vediamo in un altro, ci siamo stancati tutti e quindi siamo nervosi, però tali, e non mi viene l'aggettivo, sarei un po' pesante, meglio che non lo dico. Insomma,

non può dire quello che hai detto, tutti c'eravamo quando si è deciso come comporre le Commissioni, quindi questo non è vero! Le cose non vere non si dicono!

Detto questo, noi dicevamo che questo piano era un quadro senza dipinto, a parere vostro è invece un quadro in cui il dipinto non c'è però ci sono i pittori. Ecco, è una bella affermazione che ha fatto qualcuno, se non sbaglio l'Assessore, c'è una grande cornice, non c'è il dipinto, però sappiamo chi sono i pittori. Ottimo! La sfida che vi abbiamo lanciato alla fine di questa lunga passeggiata, o maratona, è stato quell'ordine del giorno. E' un ordine del giorno che riguarda la provincia di Ascoli Piceno, è vero, poteva non interessare, però era una sfida vera, una sfida alla vostra buona fede. Non vi costava niente, ma non avete voluto neanche impegnarvi in un ordine del giorno.

E questo lo dico a chi si era mosso nel proporre certi emendamenti, a chi ci aveva insistito e a chi si è ritirato. Ma poi queste cose le andremo a dire sul nostro territorio. Non è più possibile continuare a fare sul territorio una faccia e in Ancona un'altra.

Noi questo piano sociosanitario non lo appoggeremo, voteremo contro, perché non è coraggioso, perché non prende in mano la situazione dicendo quello che deve essere fatto, è lasciato aperto. E' un messaggio subliminale ai posteri, si dice: vedremo. Vedremo! E visto che non avete votato neanche quell'ordine del giorno sappiamo anche che non volete darci neppure i tempi delle vostre decisioni.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere D'Anna.

Giancarlo D'ANNA. Visto che oggi va di moda parlare di quadri, allora dico che se questo piano è un quadro è un falso, ove i pittori invece di usare il pennello hanno usato il telefono! In Commissione sono testimone del fatto che il Presidente Comi teneva il telefono spento, di questo gliene devo dare atto, però squillavano centomila altri telefoni, e c'era questa "ombra bianca" che girava e girava, come pure gira stasera all'interno dell'Aula assembleare! A testimonianza che non sempre la politica in effetti è capace di fare le cose visto che poi gli input arrivano da chi non è stato nemmeno eletto.

Non voglio ora ripetere ciò che ho detto stamattina nella mia relazione, voglio solo ribadire che a me una cosa è dispiaciuta davvero. Il lavoro svolto è stato lunghissimo e direi anche stancante, abbiamo fatto riunioni, audizioni ecc.. Ho ricordato stamattina che sia qui che in quelle realtà dove si sono svolte le audizioni, il Consigliere Natali ed io più di una volta abbiamo fatto in modo venisse garantito il numero legale. E lo abbiamo fatto proprio per non voler far fare una brutta figura a tutti noi. Sarebbe stato antipatico arrivare in quelle realtà, Ascoli Piceno, Pesaro ecc, trovarsi di fronte a delle persone ma poi dire loro: "no, non abbiamo il numero legale andate via". Ecco, quella brutta figura l'abbiamo voluta sempre evitare.

Però la brutta figura l'abbiamo fatta questa stasera, e l'abbiamo fatta addirittura molto più grande di quella di una eventuale mancanza di numero legale. Di tutte quelle cose che abbiamo ascoltato (prima è stato detto 800 persone) sarebbe curioso sapere quante ne sono state recepite. Alcune sono emerse solo nei vari emendamenti che abbiamo fatto sia come opposizione che come maggioranza. A cosa sono servite quelle audizioni se poi le istanze lì riportate non sono state in

primis riprese dal piano sociosanitario, ed anche gli emendamenti fatti da alcuni di noi sono stati respinti senza neppure essere guardati. E' gravissimo! Devo dire che per chi ha partecipato, vissuto per quasi un anno tutte queste audizioni è più fastidioso questo atteggiamento che il resto, è proprio questo il vero distacco che si interpone tra quest'Aula e quanto c'è fuori.

Io sono convinto che tutti coloro che sono venuti alle audizioni quando leggeranno il piano sociosanitario e soprattutto quando lo valuteranno con i provvedimenti che arriveranno sul territorio, saranno i nostri maggiori avversari nel denunciare l'incapacità di ascolto nei confronti delle istanze.

Il voto che si dà sono scelte, voi fate le vostre e noi cerchiamo di fare le nostre, ma l'aspetto negativo è stato proprio l'incapacità di ascoltare e di prendere provvedimenti, se vuoi anche quelli più semplici. E' gravissimo!

Dopo tutto l'impegno che c'è stato, dopo tutto il lavoro che è stato fatto anche dagli uffici, un risultato diverso in direzione di una maggiore disponibilità ad ascoltare le istanze che venivano dall'esterno ci doveva essere, invece è un segnale che non è stato assolutamente dato.

Questa è la cosa che mi dispiace maggiormente di tutto di questo percorso. Il mio voto ovviamente sarà negativo.

PRESIDENTE. Ha la parola la Consigliera Romagnoli.

Franca ROMAGNOLI. Per confermare il voto di astensione del gruppo Futuro e Libertà. Per due valutazioni diverse, come ho già spiegato: negativa e ormai di perplessità storica nei confronti del piano sanitario, e di condivisione, invece, dell'impostazione nuova di welfare relativa al piano sociale.

PRESIDENTE. Bene. Passiamo alla votazione finale. E' stata richiesta la votazione per l'appello nominale dai Consiglieri Comi, Ortenzi, Ricci.

Proposta di atto amministrativo n. 14, così come emendata. La pongo in votazione per appello nominale.

Favorevoli: Badiali, Busilacchi, Camela, Canzian, Comi, Donati, Eusebi, Giancarli, Giannini, Giorgi, Luchetti, Malaspina, Marconi, Mezzolani, Ortenzi, Perazzoli, Petrini, Ricci, Sciapichetti, Solazzi, Spacca, Traversini

Contrari: Acquaroli, Binci, Buacciarelli, Bugaro, D'Anna, Foschi, Latini, Marangoni, Marinelli, Massi, Natali, Pieroni, Trenta, Zaffini, Zinni.

Astenuti: Romagnoli

(L'Assemblea legislativa approva)