

Il dibattito in Consiglio regionale in occasione del riordino del servizio sanitario regionale

Riportiamo, di seguito, le parti più significative del resoconto della seduta nella quale è stato approvata la legge - in giallo evidenziamo alcune parti degli interventi dei consiglieri che riteniamo, in ogni caso, degni di nota - di riordino del servizio sanitario regionale insieme al testo approvato dal Consiglio regionale lo scorso 16 novembre. Sui contenuti della proposta della giunta, che non si discosta nella sostanza dal testo approvato, rimandiamo alle nostre osservazioni dello scorso agosto www.grusol.it/vocesociale/23-08-10.PDF. In www.consiglio.marche.it/attivita/assemblea/sedute/scheda.php?seduta=25&start=0 è possibile scaricare il verbale della seduta.

SEDUTA N. 25 DEL 16 NOVEMBRE 2010

Proposta di legge regionale n. 28 della Giunta regionale

"Modifica della legge regionale 20 giugno 2003, n. 13 – Riorganizzazione del Servizio Sanitario regionale e soppressione dell'Agenzia Regionale Sanitaria (ARS)"

(Discussione e votazione)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la proposta di legge n 28 ad iniziativa della Giunta regionale. Ha la parola il relatore di maggioranza Consigliere Comi.

Francesco COMI. Oggi sulla modifica alla legge 13 del sistema sanitario giungiamo al termine di un lungo percorso durato alcuni mesi, ma che è stato intenso e di vero e serrato confronto.

Ci tengo a dire due cose. Intanto che questo confronto è stato vero, non è stato rituale, non è stato un confronto di circostanza o simulato. E' stato un confronto vero nel quale abbiamo approfondito nel merito sull'opportunità e sulla legittimità di tutte le questioni che riguardano l'ordinamento e l'architettura istituzionale del sistema sanitario regionale. E' stato un confronto serrato con tutti i soggetti e gli attori protagonisti del sistema sanitario e sociale della regione Marche.

La legge che andiamo oggi ad approvare non è una legge di riforma, è una legge di riordino delle competenze. E' cioè una legge che non rivoluziona il sistema sanitario regionale, ma ne aggiorna le categorie, ne corregge l'impostazione, ne qualifica alcuni aspetti e alcune competenze, traendo frutto dal lavoro e dall'esperienza di questi ultimi anni.

Intanto abbiamo assunto che il nostro sistema sanitario regionale ha prodotto su tutto il territorio un risultato di qualità, oltre che di quantità, nell'offerta di servizi e prestazioni. Inoltre che questo sistema ha garantito la possibilità di riqualificare la spesa sanitaria e di controllare l'efficienza nella gestione delle risorse. Quindi il nostro modello, quello che oggi andiamo a riordinare e qualificare, ci ha consentito in un lustro di passare da una delle ultime regioni italiane nella qualità, nel costo e nell'efficienza dei servizi, alla migliore regione italiana.

Questo significa innanzitutto una cosa. Ovvero che non dovevamo rivoluzionare il sistema, dovevamo semplicemente aggiornarlo, qualificando il sistema delle competenze, qualificando e distinguendo le competenze della politica da quelle gestionali, qualificando e rafforzando il controllo e il coordinamento nella gestione e nell'allocazione delle risorse, qualificando e razionalizzando il sistema delle competenze gestionali sul territorio a livello di zona e di area vasta.

Quindi non è una legge di riforma, è una legge di riordino.

Altro aspetto. Non è una legge che approda ad uno stadio definitivo, questo non è l'ultimo passaggio. Noi oggi disegniamo un orizzonte, ci diamo una rotta, oggi noi tracciamo la strada di un percorso di riforma del sistema sanitario regionale che non è ancora compiuto. Perché non è ancora compiuto? Perché la sanità è un mondo complesso, articolato, difficile da gestire e da governare; non a caso quattordici Regioni sono commissariate, non a caso è pieno di contraddizioni, di ingiustizie, di disuguaglianze, di complessità, dove anche le Regioni più virtuose non riescono a gestire in modo efficace ed efficiente le risorse del sistema sanitario.

Dunque il sistema sanitario è per sua natura complesso, per cui non è possibile addivenire, oggi, ad una riforma completa. Senza cioè tener conto che c'è in atto un processo di devolution, di federalismo. Senza tener conto che dobbiamo far fronte ogni anno a ingenti tagli alla spesa sanitaria e sociale. Senza tener conto che ogni anno la sfida da fronteggiare per garantire qualità e quantità di servizi è sempre più difficile. Ecco quindi che il percorso di riforma non è compiuto, è un percorso in divenire che richiede una costante e

continua ricerca, un costante e continuo aggiornamento delle categorie.

Oggi approdiamo ad una fase della riforma e nei prossimi anni cercheremo di qualificarla ulteriormente. Cercheremo di semplificare ulteriormente i livelli organizzativi, sicché il livello di area vasta, le funzioni delle zone, le funzioni dei distretti, le funzioni degli ambiti, il ruolo dell'Asur e il ruolo delle aziende.

Questi sono i due aspetti principali. Noi oggi approviamo una legge di riordino che avvia un percorso riformatore del quale vogliamo essere perfettamente consapevoli e tutti protagonisti.

Quali sono i caratteri distintivi di questa riforma?

La questione principale, da tutti sollecitata più o meno convintamente, più o meno consapevolmente, che è nell'agenda politica di tutti i partiti, è distinguere e chiarire una volta per tutte le funzioni degli organi politico-elettivi dalle funzioni degli organi burocratico-amministrativi, chiarire e distinguere, tracciare una linea netta di demarcazione e di confine tra le funzioni della politica e le funzioni dell'amministrazione. E in questa legge abbiamo chiarito agli organi politico-elettivi, cioè a questa Assemblea legislativa, che alla Giunta competono funzioni di indirizzo, di programmazione, di controllo e di governo che si esercitano attraverso atti ben precisi. Dunque attraverso il piano triennale socio-sanitario, quello che andremo ad approvare all'inizio del 2011, e gli atti annuali che appunto la Giunta, coerentemente con quell'impostazione programmatica che l'Assemblea legislativa gli darà, dovrà annualmente adottare. La Giunta è l'unico organo a determinare gli indirizzi politico-programmatici sulla sanità, la politica è titolare delle sue competenze e anche delle sue responsabilità.

Nel sistema sanitario il Dipartimento sarà il luogo di analisi, di istruttoria, di studio, di ricerca e di elaborazione della proposta politica che farà la Giunta, mentre l'Asur avrà la titolarità della gestione.

La prima questione è allora che abbiamo diviso questi due mondi, una divisione ci consente oggi di chiarire fino in fondo quali saranno in futuro i titolari delle responsabilità.

La Giunta nomina e revoca il direttore dell'Asur e i direttori delle aziende ossia delle tre articolazioni del sistema sanitario regionale. Poi il direttore dell'Asur e i direttori delle aziende nomineranno coloro che dovranno coadiuvarli nell'esercizio, nella conduzione dei loro compiti amministrativo-burocratico-gestionale, ovvero nell'attuazione degli indirizzi strategici che l'Assemblea legislativa e la Giunta si saranno dati.

Quindi c'è una netta separazione che aiuta a chiarire il livello delle competenze.

In tutto questo è strategico il ruolo del dipartimento. Il dipartimento è appunto il luogo di elaborazione, di analisi, di studio, di ricerca, di costruzione della proposta politica-programmatica, che poi la Giunta e l'Assemblea legislativa dovranno elaborare e tradurre in atti concreti e amministrativi di indirizzo.

Dentro il dipartimento ci sono tutti i settori strategici delle politiche sanitarie e sociali della regione Marche, c'è l'agenzia, il servizio sanità e il servizio sociale.

Le due politiche, sociali e sanità, stanno insieme dentro il dipartimento, che assolve anche alla funzione di integrazione tra le politiche sociali e sanitarie. E da questo punto di vista occorre chiarire le competenze.

Noi sappiamo che le competenze sulle politiche sanitarie sono della Giunta regionale e dell'Assemblea legislativa. Sulle politiche sociali il discorso è più articolato, più complesso. Nel senso che è l'Assemblea legislativa e la Giunta che distribuiscono le risorse sulla base del fondo unico regionale. Cioè il fondo unico regionale per le politiche sociali è nella disponibilità della Regione, che quindi attraverso i suoi strumenti di indirizzo e programmazione ne decide l'allocazione delle rispettive risorse, programmandole per i rispettivi servizi, assistenza domiciliare, case di riposo e altro.

Ai Comuni cosa rimane? I Comuni hanno comunque la titolarità delle politiche sociali, però non hanno in sé il portafoglio autosufficiente per la gestione delle politiche sociali. I Comuni sono per legge i depositari della programmazione e della gestione delle politiche sociali però la disponibilità del fondo unico per le politiche sociali spetta alla Giunta regionale. Quindi alla Giunta regionale e all'Assemblea legislativa spetta il ruolo generale di programmazione sulle politiche, ai Comuni a livello di ambito sociale spetta la funzione più generale di programmazione delle proprie risorse dentro la programmazione regionale.

Faccio l'esempio che ho fatto sempre in questi giorni. E' la Giunta regionale che decide se destinare le risorse o alle case di riposo o all'assistenza domiciliare. Ed è evidente che la nostra è una scelta strategica per sostenere di più l'assistenza domiciliare. Quindi noi diamo un indirizzo, ma questo non impedisce ad un Sindaco che ne ha la titolarità di poter alienare un bene (un cinema, un suo patrimonio) per realizzare comunque quell'opera. Ma la Regione ha il compito, il dovere di tracciare una rotta, di tracciare un orizzonte, di segnare una strategia di politiche sociali, che sia sostenibile non solo in quel Comune ma in tutto il territorio.

Dunque il dipartimento sarà il luogo dell'integrazione tra le politiche sociali e le politiche sanitarie. Non a caso il direttore e il vicedirettore del dipartimento sono rispettivamente il dirigente del servizio sanitario e il dirigente del servizio sociale. E su qualunque atto sulle politiche sociali occorrerà il parere obbligatorio del dirigente del servizio sociale.

Questo a testimoniare che abbiamo recepito quell'istanza, venuta forte dal territorio, di non voler marginalizzare, ancillare, emarginare a un ruolo subalterno le politiche sociali rispetto a quelle sanitarie. Noi

non vogliamo sanitarizzare il sociale, ci teniamo a salvaguardare le prerogative degli amministratori, dei sindaci e soprattutto di politiche di prevenzione che sono utili dentro una dimensione di coesione e di solidarietà sul territorio.

L'altra questione riguarda l'agenzia. Nella stesura originaria di questa nostra legge avevamo previsto la soppressione dell'agenzia. Qual era l'obiettivo? Era quello di semplificare il sistema, quindi riducendo gli organi di governo, di programmazione e di controllo, mantenendo però quel patrimonio di risorse umane che dentro l'agenzia, oggi, ci ha garantito qualità e servizi.

Ma questo obiettivo della Giunta regionale ha trovato un ostacolo insormontabile, ha cioè trovato una manovra finanziaria che ha irrigidito il patto di stabilità, ha irrigidito i parametri di gestione e di controllo sulla spesa corrente, che dunque ci ha reso di fatto impossibile la possibilità di farci carico, dentro la nostra spesa corrente, anche del personale dell'agenzia, che invece rimanendo autonomo dentro questa ci consentiva di mantenere e di rispettare quei parametri.

Sicché non abbiamo potuto fare questa semplificazione perché la finanziaria con nuovi e ulteriori parametri rigidi ce ne ha impedito la praticabilità. Quindi abbiamo mantenuto quella struttura, però come struttura di servizio e strumentale al dipartimento, dentro una logica condivisa e coerente di programmazione.

In questa legge c'è anche un altro passaggio cruciale, quello del territorio e quello della funzione dell'Asur dell'area vasta e delle zone.

Si è dibattuto sul dare o meno la personalità giuridica alle aree vaste, ossia qualificare giuridicamente i territori attraverso anche questa connotazione, quella appunto della cosiddetta personalità giuridica. Che è un termine abusato nel linguaggio politico corrente da parte di tutti, ma del quale, secondo me, tutti hanno una scarsa consapevolezza – perdonatemi colleghi –. Perché se andiamo ad approfondire la questione della personalità giuridica ci accorgiamo che essa ha un valore, infatti significa automaticamente dare poteri al soggetto che ne ha la titolarità. Cioè il soggetto che ha personalità giuridica diventa automaticamente titolare sovrano di una serie di competenze. Ecco perché quella rivendicazione, quel requisito ulteriore.

Ci siamo allora domandati in questo tempo se era possibile attribuire quelle competenze alle aree vaste senza attribuirgli la personalità giuridica, in quanto questa comportava un rischio concreto del quale dobbiamo essere coscienti. Attribuire la personalità giuridica alle aree vaste avrebbe infatti significato sopprimere l'Asur, cioè sopprimere quel modello organizzativo regionale che oggi ci ha consentito di controllare, di governare, di coordinare la spesa pubblica e di portarci a quei risultati che oggi possiamo testimoniare, e non solo attraverso il Governatore Spacca, ma anche ad esempio attraverso il Ministro Sacconi, il Ministro Fazio ed altri autorevolissimi esponenti del Governo nazionale.

Fare la scelta della personalità giuridica avrebbe significato privarsi di uno strumento di governo regionale, privarsi di uno strumento di coordinamento e di controllo che oggi, dovendo fronteggiare minori entrate (per i prossimi tre anni ci sono 250 milioni in meno), avrebbe anche significato assumersi un grande rischio e una grande responsabilità.

Abbiamo pertanto ritenuto di fare un'altra scelta, ossia quella di salvaguardare la centralità del controllo e del governo delle politiche sanitarie però devolvendo tutti i poteri alle aree vaste. Se mi domandaste, e vi domandaste, quali potevano essere i poteri dell'area vasta con personalità giuridica e quelli che oggi trovate dentro questa legge, e poi verificaste questi poteri, penso che potreste, conciliandoli con l'impossibilità di abrogare l'Asur, avere soddisfazione.

Infatti quali sono i poteri a livello di area vasta?

Primo. L'area vasta approva il proprio budget e lo fa con il parere obbligatorio di una conferenza di area vasta composta dalle autonomie locali e dalle parti sociali. E il budget di area vasta è lo strumento principale di pianificazione e di allocazione delle risorse, e quindi della distribuzione delle risorse rispetto ai servizi e alle prestazioni che si vogliono assicurare sul territorio. Quell'elemento di potere l'area vasta lo ha, e lo ha attraverso un coordinamento fatto di suoi direttori, attraverso un coordinatore che assolve una funzione di rappresentanza e attraverso un organo più ampio con il quale deve rapportarsi.

Secondo potere dell'area vasta. La questione principale che spesso veniva evocata era quella della titolarità della gestione del personale, non solo per poter governare le politiche delle risorse umane più vicine al territorio, ma anche per poter garantire sul territorio a livello di area vasta la cosiddetta concertazione decentrata integrativa, la contrattazione sindacale, l'interlocuzione con le parti sociali.

In questa legge abbiamo appunto chiarito questi due aspetti. Primo, che la gestione del personale spetta all'area vasta, salva la possibilità per i coordinatori di area vasta di delegare ai suoi direttori alcuni poteri rispetto a situazioni zonali. Inoltre, che la concertazione avviene solo a livello di area vasta, perché l'istituto della delega ci ha consentito di farlo. Ovvero noi attraverso l'istituto giuridico della delega abbiamo potuto soccorrere a quell'assenza di poteri che solo la personalità giuridica sembrava poter assicurare. Quindi con quell'istituto garantiamo il potere di concertazione a quel livello, e in questo rassicuriamo le parti sociali, che da oggi non andranno più ad eleggere il loro livello di rappresentanza di Rsu a livello zonale ma a livello di area vasta. Per cui solo a quel livello acquisiranno efficacia i contratti collettivi e i contratti di lavoro.

L'altra preoccupazione fondamentale per il territori qual era e qual è? Era ed è quella della gestione degli appalti, dei servizi, è quella delle gestione delle risorse. Che per qualcuno può sembrare poca cosa, però, badate, noi oggi abbiamo due grandi possibilità di impiegare le risorse. Una è la Quadrilatero, uno strumento che attinge risorse che vanno sul territorio e che dovremo essere in grado di intercettare e di distribuire sul territorio. L'altra è il sistema sanitario.

Noi per la sanità abbiamo un bilancio di 2 miliardi e 732 milioni e sappiamo che circa il 40% di queste risorse vengono utilizzate per l'appalto dei servizi, delle prestazioni di carattere manutentivo, di carattere gestionale. E' possibile che queste risorse vengano distribuite equamente sul territorio? E' possibile che questa leva di risorse economiche possa alimentare lavoro, occupazione, mettere in moto la nostra filiera di piccole e medie imprese territoriali? E' possibile sottrarre ad alcune grandi e uniche società di valore nazionale la possibilità unica ed esclusiva di aggiudicarsi la titolarità di queste gare? Sì, c'è una possibilità di fare questo, quindi noi la eserciteremo fino in fondo. E su questo la Giunta, l'Assessorato alle attività produttive, il Presidente Spacca, hanno prodotto un emendamento, rispetto al quale abbiamo richiesto tutti i pareri di legittimità, con il quale chiediamo e ricerchiamo la possibilità che dentro un unico appalto regionale ci sia la possibilità, attraverso accordi quadro, di articolare in lotti per le singole zone i singoli appalti, prevedendo il divieto di aggiudicazione di questi lotti ad un medesimo soggetto. Cercando quindi di utilizzare questo grande patrimonio di risorse che abbiamo a disposizione anche per la filiera imprenditoriale e lavorativa locale. Questo è un altro aspetto che dà un grande potere e un grande ruolo alle aree vaste.

Altra questione. Il dipartimento delle professioni è stato un tema molto discusso dentro la Commissione. La legge 251 del 2000 prevede che in ogni soggetto dotato di personalità giuridica - nel caso nostro nelle due aziende e nell'Asur - ci sia il dipartimento delle professioni nel quale è prevista la rappresentanza delle quattro categorie delle professioni sanitarie, infermieristica ostetrica, tecnica, riabilitativa e di prevenzione. Noi dopo un lungo confronto con tutte le categorie delle professioni sanitarie - che non sono quelle semplificate nelle quattro previste dal legislatore ordinario ma sono molte di più, sono una ventina - abbiamo condiviso un'impostazione della legge che assicura che ci sia in ogni dipartimento la rappresentanza di tutte le quattro categorie delle professioni sanitarie e che a livello di Asur ci sia una sorta di coordinamento per garantire continuità e coerenza alla gestione dei dipartimenti delle professioni sul territorio.

Questa legge è stata fatta dal legislatore nazionale e recentissimamente dall'attuale Governo è stata addirittura integrata con una quinta categoria delle professioni sanitarie, ossia quella delle professioni sociali, che una norma transitoria del legislatore dice che possono essere istituite.

Noi abbiamo mutuato quella norma dentro la nostra legge e abbiamo detto che anche nella Regione Marche, come appunto prevede il legislatore nazionale, può essere istituita la quinta categoria delle professioni.

Quindi anche noi abbiamo seguito quell'orientamento nazionale per non voler creare discrimini e disuguaglianze nella nostra regione.

Questa impostazione garantisce un impegno cioè quello di ordinare e garantire coerenza ad alcune professioni. E non significa clientela, perché noi parliamo di 12 mila lavoratori del sistema sanitario della regione Marche.

In molti si domandano se questa proposta di legge sia completamente esaustiva. Come ho già detto il percorso di riforma è un percorso in divenire, noi siamo un Paese in transizione, siamo un Paese che non riesce a fare neppure le minime riforme, basti pensare a ciò che accade nel nostro Parlamento e alle tante evocate riforme elettorali e costituzionali di fatto mai praticate.

Invece noi da anni nella Regione Marche abbiamo inseguito una strada, che non è quella delle grandi riforme bensì quella delle piccole riforme. Riforme che seguono la concertazione, riforme che sul territorio vengono sperimentate, progettate, condivise, praticate, attuate e poi cristallizzate dentro una norma ordinamentale.

L'abbiamo fatto per le politiche sociali attraverso un atto amministrativo di attuazione della 328, l'abbiamo fatto con l'atto di sperimentazione dell'area vasta. Pertanto oggi con questa legge apriamo una successiva fase di sperimentazione, che sarà quella del graduale superamento dell'organizzazione in zone, che sarà quella della graduale sovrapposizione dentro una zona delle funzioni di ambito con quelle di distretto, che sarà quella della graduale accentuazione del ruolo del distretto come ruolo vero dell'integrazione sociale e sanitaria, come l'interlocutore dei livelli istituzionali in merito all'integrazione sociale e sanitaria.

Oggi facciamo quindi un passo importante dentro questo percorso riformatore, tracciamo una rotta verso una nuova e successiva fase di riforma.

La Commissione rispetto a questi punti ha infatti presentato un ordine del giorno proprio per non lasciare nell'incertezza questi impegni, queste considerazioni, bensì dare ad essi un valore, una consistenza e soprattutto un impegno per il futuro.

PRESIDENTE. Ha la parola il relatore di minoranza Consigliere D'Anna.

Giancarlo D'ANNA. Riprendo alcune parole del Presidente della V Commissione, cioè di quando dice che

questa legge è frutto di un vero e serrato confronto. Allora penso dobbiamo partire proprio da questo per dire che si è fatto tanto movimento per poi concentrare l'attenzione su un unico punto, ossia quello di una maggiore attribuzione di poteri alla Giunta, così esautorando in parte l'Assemblea legislativa e in parte la cosiddetta concertazione.

Nel corso di queste settimane con molta fretta abbiamo invitato centinaia di associazioni e enti che hanno poi partecipato alle nostre audizioni. Ma queste audizioni più che altro si sono rivelate una sorta di sfogatoio, praticamente tutte le associazioni ci hanno detto di tutto e di più, ad iniziare dai sindacati che hanno vivacemente contestato diversi punti focali di questa legge.

Vorrei partire dalla prima stesura della proposta di legge, lì parliamo di "Riorganizzazione del servizio sanitario regionale e soppressione dell'Agenzia regionale sanitaria", nell'ultima stesura invece si parla di "Riorganizzazione del servizio sanitario regionale". Quindi una delle motivazioni che aveva portato a fare delle modifiche alla legge 13 era la soppressione dell'ARS però poi non c'è stata.

Allora quale ruolo hanno le audizioni, è un rito, oppure, come ho detto poc'anzi, è uno sfogatoio? A noi sono stati consegnati documenti su documenti che nella legge non sono stati presi assolutamente in considerazione, anzi, gli emendamenti sono stati messi da una parte, a meno che non fossero insignificanti. Anche per quanto riguarda la tempistica nelle audizioni c'è stata una fretta incredibile per cercare di portare avanti il più velocemente possibile le modifiche. Alle audizioni sono stati chiamati addirittura centocinquanta soggetti e ciascuno di questi in un tempo di cinque minuti doveva riuscire a dare il proprio contributo. Tra l'altro di questo contributo sfido chiunque a dirmi cosa magari ha detto un sindacato piuttosto che, ad esempio, l'associazione dei dializzati, che peraltro ancora una volta ha denunciato una situazione drammatica per quanto riguarda appunto i dializzati.

Quindi, ripeto, rispetto alle modifiche previste si è fatta marcia indietro su uno dei punti principali, quello dell'abolizione dell'ARS, su cui noi abbiamo presentato degli emendamenti.

Se dalle audizioni è emerso un dato condiviso è quello in merito al discorso di dotare le aree vaste di personalità giuridica. Anche su questo input per quella che doveva essere una concertazione c'è stato semplicemente un ascolto, qualche volta anche molto disattento, di quello che avevano da dirci coloro che hanno avuto la pazienza di dedicarsi a questo rito.

Peraltro c'è anche un altro dato da tenere in considerazione, ossia che su tanti invitati pochi sono stati quelli che hanno risposto all'appello, perché evidentemente già sapevano – e coloro che hanno partecipato alle audizioni questo aspetto l'hanno ribadito – che quella era semplicemente un'occasione per far parlare i soggetti del territorio e poi poter dire magari sui quotidiani "abbiamo concertato, abbiamo deciso insieme alle categorie".

Quindi denunciavamo con forza che queste audizioni sono state solo una presa in giro di quelle persone che, invece, sono lì venute con la massima intenzione di dare un reale contributo a queste modifiche.

Per cui a cosa servono queste modifiche se non si è tenuto conto delle proposte avanzate alla Commissione. La stessa Commissione è stata costretta a lavorare in fretta e furia perché c'erano delle esigenze che niente hanno a che fare con la sanità, ma molto hanno a che fare con la politica. Anche gli scontri verificatisi - seppure in Commissione sono stati limitati - tra la maggioranza evidenziano che su questa legge si è voluto fare semplicemente un'operazione che desse maggiore potere alla Giunta, mettendo nell'angolo i territori, i sindaci e le esigenze che scaturiscono dai territori stessi.

Io ho presentato un emendamento, sottoscritto anche da alcuni colleghi, proprio sulla soppressione dell'Asur, perché crediamo che la personalità giuridica dell'area vasta o delle aziende sia indispensabile per cambiare rotta. Anche perché l'Asur unica è stata quella che ha creato il mostro del CUP, quella che ha creato un caos senza precedenti, seppure ora si sta affievolendo. Io qualche settimana fa, visitando insieme al collega Carloni l'ospedale di Pesaro, ho visto che c'era del personale extra proprio per far vedere che non c'era poi tutta quella confusione, ossia delle persone sono state distolte dal settore di provenienza per indicare ai cittadini "tocca a lei, tocca a lei, tocca a lei". Per cui seppure ora questa confusione è stata in parte ridimensionata dobbiamo comunque ricordare ai cittadini che l'operazione CUP è costata 13 milioni di euro. Per cui, al di là di tutto il discorso in merito alla cooperativa che ha vinto, all'interno della quale ci sono i figli, i nipoti, i cugini di chi ben sappiamo, se investiamo o spendiamo una simile cifra e poi abbiamo bisogno anche del supporto del personale fisso c'è qualcosa che assolutamente non funziona.

Quindi l'Asur proprio con la vicenda del CUP si è dimostrata quella che è! E si è dimostrata quella che è anche con lo scandalo delle liste di attesa. Su questo a Fermo c'è anche un'inchiesta – peraltro il CUP doveva servire per ridurre anche le liste di attesa, vediamo se ci riuscirà! -. Si è inoltre dimostrata fallimentare, anche se parliamo di anni fa, nella gestione del progetto di un nuovo ospedale a Pesaro. Il Tribunale di Ancona qualche settimana fa ha condannato la Regione Marche a pagare 2 milioni di euro per un progetto di un nuovo ospedale che non è stato mai costruito.

Le modifiche apportate affrontano e risolvono i problemi della sanità oppure no? Penso che il cittadino si chieda: "Benissimo, avete ascoltato le categorie, le associazioni, i sindacati, ma alla fine la sintesi qual è?"

Insomma, cosa migliora per il cittadino? Peraltro al di là delle parole che ha espresso il Consigliere Comi, perchè sfido tutti coloro che in questo momento siedono sui banchi del pubblico ad aver capito qualcosa tra aree, polo, contropolo, zone, controzone.

Qui invece di semplificare abbiamo creato solo un'ulteriore confusione nella quale emerge solo una figura, ovvero quella della Giunta regionale che ha carta bianca per fare quello che gli pare, alla faccia di noi che siamo i rappresentanti del popolo, di noi che viviamo sul territorio, di noi che cerchiamo di riportare le esigenze dei territori e dei loro sindaci.

Quali sono le reali finalità delle aree vaste se non viene data loro la personalità giuridica? Quali sono le delimitazioni territoriali? C'è qualcuno che suppone che prossimamente ci sarà anche una nuova area vasta non ben identificata ma riferibile, che so, al Presidente della Giunta, oppure ancora una volta saranno utilizzate o modificate, come spesso avviene per i collegi elettorali, in funzione del ritorno elettorale e, perché no, di quello clientelare?

Con questa legge, ripeto ancora una volta, si penalizza il territorio e chi lo rappresenta quotidianamente come i sindaci. Sindaci che sono relegati ad un ruolo passivo, ossia quello di subire ancora una volta le imposizioni che arrivano dalla Giunta.

Troppo spesso nei documenti e nelle delibere leggiamo: "Sentito il sindaco, sentito il sindacato", però poi vengono qui, esprimono il loro giudizio, portano le loro preoccupazioni, e alla fine si dice: "grazie e arrivederci", dopodichè sul giornale ci sarà scritto che abbiamo sentito i sindaci, ma poi continuiamo a fare quello che ci pare.

Un altro aspetto condivisibile emerso dalle audizioni è quello della separazione dei servizi sociali dalla sanità. Ritengo che anche su questo ci siano delle motivazioni per fare una divisione di questo genere, altrimenti mettiamo tutto nello stesso contenitore con tutti i rischi che ne possono derivare.

E' proprio sui problemi che sono stati evidenziati che non si è riusciti ad incidere. Altrimenti l'associazione dei dializzati venuta da noi in più occasioni non ribadirebbe ogni volta la situazione drammatica di questi malati, oppure i malati di sclerosi laterale amiotrofica non si troverebbero ancora in difficoltà per una serie di motivi. Su tutto questo abbiamo inciso o no? La risposta purtroppo è no!

Ci saremmo aspettati un reale riassetto del servizio sanitario, invece le modifiche della legge 13 puntano quasi esclusivamente ad attribuire alla Giunta regionale il potere di vita e di morte in sanità, escludendo, lo ribadisco, le reali esigenze delle categorie e degli utenti.

Si continua dunque sulla strada che ha portato alla decisione del CUP con tutto quello che è successo o allo scandalo delle liste di attesa. Rimangono irrisolti i gravi problemi come quelli appunto denunciati nelle audizioni. Come pure rimane irrisolta l'organizzazione dei servizi dei malati, ad iniziare da quella dei dializzati, una problematica che in Commissione ci ha colpito in modo significativo.

Insomma tutte queste argomentazioni ci dicono che non ci sono modifiche consistenti che vadano incontro alle esigenze dei malati, dei cittadini e delle categorie, infatti di quello che sta avvenendo c'è una forte preoccupazione anche nella classe medica.

In questi giorni si sta parlando dell'atto aziendale dei c.d. Ospedali Riuniti Marche Nord, ma noi come Consiglieri della Commissione siamo costretti a leggere sul giornale quello che succede in una zona del nostro territorio. E' assurdo! Questa mattina ho chiesto i documenti di questo atto aziendale ma ancora in Regione non sono arrivati.

Allora di cosa stiamo parlando! Se i Consiglieri che rappresentano il territorio vengono bypassati, se le associazioni di categoria vengono semplicemente ascoltate, e se alla fine si decide di percorrere una strada senza tenere conto delle vere istanze che provengono dal popolo, penso proprio che siamo sulla strada di un fallimento annunciato. Un fallimento che vede la Regione Marche spendere oltre l'80% del suo bilancio in sanità, con dei risultati deludenti. Al di là di quanti vengono da fuori a dirci di quanto siamo più bravi di altri, io sono abituato ad analizzare i problemi del nostro territorio. Se c'è da prendere esempio da altri lo prendiamo, però non ci venite a raccontare la storiella che qui la sanità funziona, perché in effetti così non è. E se andiamo avanti sulla strada, come diceva il Consigliere Comi, facendo un piccolo passo alla volta di una sorta di legge di riordino, che definirei omeopatica fatta però da chi nell'omeopatia non ci crede, non credo potremo raggiungere nessun obiettivo.

Penso invece sia doveroso intervenire in modo serio e concreto per sistemare e riorganizzare in modo puntuale la sanità nella regione Marche. Ma fino ad oggi non ci siamo riusciti e questa legge ne è un'ulteriore conferma.

Luca MARCONI. Semplicemente per integrare alcune delle osservazioni fatte in modo ampiamente esaustivo sia dal relatore di maggioranza che dal relatore di minoranza. Lascero poi al collega Mezzolani la chiusura di questo dibattito per quanto riguarda la posizione della Giunta. Io voglio solo aggiungere un dato di valutazione riguardo a quello che stiamo realizzando.

Si è detto che non è una grande rivoluzione, quando in realtà a me piace considerarla una annunciata rivoluzione. Perché? Perché ritengo che in maniera intelligente e con grande buonsenso l'Assemblea legislativa delle Marche si stia apprestando ad approvare un atto che crea un nuovo architrave sotto il quale sarà possibile realizzare l'integrazione socio-sanitaria, che è appunto la sostanza di quello che stiamo facendo oggi. Dico questo perché qualsiasi organizzazione o qualsiasi riorganizzazione fine a se stessa non avrebbe un grande significato.

Si potrebbe dar luogo a tante osservazioni – qualcuna è già stata fatta in negativo –, ma in realtà questa riorganizzazione è piena di un grande contenuto.

La creazione del dipartimento non a caso contiene nel suo stesso nome un programma di governo, è infatti il dipartimento per la salute e per i servizi sociali. Quindi è un programma finalizzato a due aspetti, come diceva il Presidente Comi, che sono appunto l'architrave di questo sistema.

Questo architrave che parte dal vertice con questi due punti di riferimento viene poi proiettato sul territorio attraverso la rete dei distretti e dei servizi sociali. E qui mi si passi l'immagine, ossia, creiamo un piccolo quadrilatero del socio-sanitario attraverso il quale l'integrazione gira o su cui dovrebbe poggiare i suoi contenuti, quei contenuti che vedremo più distintamente tra qualche mese nel piano socio-sanitario.

Nella legge c'è per la prima volta l'ufficializzazione degli ambiti territoriali sociali che non solo hanno funzionato sostanzialmente bene, ma hanno dato ragione a quell'attività che per quanto riguarda il socio-assistenziale tocca prevalentemente i bilanci dei comuni, ma in maniera significativa anche il bilancio regionale. Avremo modo di dire fra un mese circa qual è l'operazione che stiamo facendo per quanto riguarda il bilancio 2011 sul sociale, ma come già il Presidente Spacca ha annunciato in più occasioni manterremo fede a quell'impegno di non arretrare di un euro su questo versante.

La mia riflessione era semplicemente questa, alla quale voglio però aggiungere un dato. Abbiamo troppi luoghi comuni che indicano nell'arretramento della politica la soluzione di tutti i mali e di tutti i problemi, soprattutto per quanto riguarda la sanità e il sociale. Io non solo non sono d'accordo su questa previsione, ma immagino esattamente il contrario. Ho l'impressione, ma bisognerebbe capirsi sui termini, che proprio l'arretramento della politica, nel creare un vuoto che viene riempito da realtà tendenzialmente lobbistiche, finisce per non dare ragione a quello che è l'interesse pubblico prevalente.

Se il mondo del sociale e del sanitario è per noi il 70-75% di tutte le nostre attività, si tratta ovvero di oltre 1 miliardo e 800 milioni di spesa, credo che la politica, a cominciare da questa Assemblea legislativa, debba essere estremamente presente, semmai è da discutere sul come questa presenza deve essere realizzata.

E' evidente che l'attuale legge, ad esempio nell'escludere qualsiasi forma di partecipazione della Giunta o dei sindaci nella nomina dei direttori di zona, già mette un punto fondamentale, cioè, la politica per quanto riguarda la gestione si assume la responsabilità prima e ultima dell'individuazione dei soggetti di vertice, prima il direttore di dipartimento e poi l'Asur e le aziende, ma per il resto non fa alcun tipo di intervento. Invece deve esserci tutta per quanto riguarda la realizzazione dei programmi. Esplicito un solo elemento.

L'integrazione socio-sanitaria non la farà nessuna legge, nessun piano, tanto più i piani che costruiamo con tante pagine dentro, e neppure le strutture che sono a servizio sia sul piano dell'analisi sia sul piano della realizzazione. Ma fra l'analisi e la realizzazione c'è di mezzo il passaggio fondamentale della decisione. E la decisione riguardo l'integrazione, colleghi Consiglieri, sarà solo ed esclusivamente della politica nella misura in cui decideremo volta per volta che un servizio che prima era solo ospedale, solo sanitario ora deve diventare socio-assistenziale, deve essere portato sul territorio, deve essere affidato in forma sussidiaria alla famiglia e al sistema sanitario che deve sostenerla.

Questa è la grande novità che introduciamo con questa legge. Una legge che mi ha visto in piccola parte partecipe nella sua realizzazione insieme ai colleghi di Giunta, in modo particolare insieme all'Assessore Mezzolani, che ringrazio soprattutto per la grande pazienza e capacità di sintesi e coesione che ha dovuto realizzare su un impianto che non era semplice e che portava in sé inevitabilmente tutta una serie di conflitti di interesse, di valutazioni che sono legittimamente rappresentate in occasioni di questo tipo.

Quindi con l'auspicio riguardo al ruolo che l'Assemblea legislativa e la Giunta dovranno svolgere, ritengo che questo atto sia semplicemente l'inizio di un percorso che andremo a realizzare in tutto il corso della legislatura.

Umberto TRENTA. Il Presidente della Commissione sanità ha esordito – ora qualcuno se non è vero mi deve smentire – che questa legge si basa su alcuni presupposti.

Prima sottilizza sul concetto di riordino, e riordino significa mettere a posto un qualcosa di disordinato, ossia se riordino metto a posto qualcosa che già di per sé non funziona.

Poi parla di riforma dicendo: "tracciamo un percorso per una riforma", che si basa su alcuni presupposti: disuguaglianza, disparità, ingiustizie. Sono questi per lui i caratteri distintivi, lo dice tranquillamente ed in maniera serafica.

Il Consigliere Comi ha già un nome che è tutto un programma "Francesco", e San Francesco è il patrono d'Italia! Allora qui dovrebbe capire che cosa significa distinguere con una linea netta la funzione amministrativa dalla politica.

Oggi alla Giunta si conferisce con un'abile mossa da figli di "pu", che significa figli di Pesaro e Urbino, ovvero quell'area importante e lobbistica, nel raccordo con Ancona, caro Assessore Almerino Mezzolani, quindi ci troviamo di fronte a questa purtroppo tragica rappresentazione così come esposta dal Presidente della Commissione sanità.

Allora mi viene spontaneo parlare del ruolo strategico che si vuole dare con questo arroccamento sulla Giunta, che significa non dare capacità di negoziare rispetto a quell'equilibrio territoriale che è invece un fondamento giuridico e costituzionale – costituzionale! -.

Mi spiego meglio con poche parole. Quando si parla di centralità, così come concepita con l'Asur dal geniale dott. Ruta e dall'integerrimo Ciccarelli, che è il jolly di questa sanità rappresentata dal potere forte della Giunta, veramente comincio a vergognarmi. Io ero in contrasto con il Consigliere Zinni quando diceva che dovevamo rinunciare all'indennità, ma oggi veramente io comincio a vergognarmi! Cioè noi siamo qui Consiglieri eletti dal territorio e non abbiamo una sola possibilità di poter interagire in questo nuovo magheggio di riordino di riforma basato solo su disuguaglianza, disparità e ingiustizie.

Allora mi viene spontaneo parlare di "ESP" ossia emarginazione sanitaria periferica. Tenga conto di questo, Assessore Mezzolani! Io sono un rappresentante della sanità, anzi, chiedo scusa, dire qui "un rappresentante della sanità", è improprio! Perché? Perché io sono stato eletto in un territorio di periferia, di confine, del west, l'ultimo limes, dopodiché, scusatemi se impropriamente, mi considero un cittadino del nord dell'Abruzzo. Cosa voglio dire? Siccome la sanità è un elemento regionale quando fa comodo fa riferimento ad alcune decisioni governative, al sistema centrale, quindi tutti si è portati a dire, come appunto sfacciatamente dice Comi: "il livello governativo è questo, allora noi facciamo questo". In questo modo l'obiettivo di arroccamento centralista viene raggiunto. Infatti qui si tratta proprio di "arroccamento"! L'Assessore Marconi, seppure in maniera molto dolce, ha parlato del rapporto tra il sociale e l'aspetto sanitario, e a me non è neppure sfuggito quando si è detto di quei miliardi di euro così candidamente buttati là nella relazione del nostro Presidente di Commissione, che ha espresso ben due concetti: il passato e il futuro. Ossia, si dice, abbiamo tenuto conto della struttura sanitaria passata e allora faremo questo, tracciando cioè con una netta linea di separazione il discorso politico - che dovrebbe essere quello che ci appartiene, la famosa politica dalla P maiuscola - e il discorso che va invece verso quell'arroccamento centralista della Giunta.

Quindi lo strapotere! Ma io in questo non ho difficoltà, perché, come ebbi già occasione di dire, Spacca nomen omen è un cognome altisonante mentre Almerino Mezzolani è qualcosa che fa invece capire che abbia quasi ben applicato quel concetto che compete al Presidente, cioè: l'indirizzo politico si fa così o così? Si fa così! E questo fa onore alla forza politica del Presidente Spacca, che oggi vedrà magari in Aula irrobustire la sua maggioranza con un voto, voto però che io ho difficoltà a capire. Ma di questo ne parleremo in fase di dichiarazione di voto.

Quindi tutto questo non può essere soddisfacente, caro Consigliere Comi, ed io l'ho ascoltata nel silenzio e nell'umiltà di Consigliere di opposizione, ma capisco che lei è venuto qui a fare l'imbonitore. Ed io c'ero pure cascato quando ha fatto quelle audizioni facendo venire le persone che vivono veramente le difficoltà, come i disabili, e voi lì strumentalmente arroccati in quelle che dovevano essere delle riunioni tecniche.

Presidente Spacca, lei in merito al CUP ha emanato un provvedimento di autotutela dell'amministrazione?! Gradirei saperlo. Perché? Perché io vedo disparità e disuguaglianza nei confronti del contribuente dell'ultima periferia del nord dell'Abruzzo, che comunque paga e sostiene questa sanità. Io non credo di aver trovato un equilibrio tra il modello organizzativo degli standard ed il sistema dell'offerta.

Ossia in questa complessa organizzazione del dott. Ruta, fatta devo dire con vera sapienza – e mi scuso con lei Ruta perché non ho avuto ancora il piacere di venire davanti a lei per avere proprio delle opinioni più precise, perché la sua preparazione su questo è indiscutibile - non vedo questa omogeneità nel discorso che poi porta avanti Ciccarelli - facciamo nomi e cognomi! -. Ci sono modelli diversi, ci sono poteri diversi.

Qualcuno allora in questa netta separazione tra politica e sociale mi può spiegare la differenza dei diversi derivati nella spesa farmacologica? Perché io ad Ascoli ad esempio invece di un'iniezione, che so, di un certo farmaco, mi fanno un qualcosa di simile ma non la stessa cosa. Quindi c'è una diversa categoria. Ed ecco la disparità. Quando invece il contribuente, per legge dello Stato, paga le tasse in euro ovunque e dovunque. Quindi qui è l'utilizzo dell'83% di queste risorse che ancora una volta viene mistificato con un sistema organizzativo.

Io sono per la sanità in mezzo alla gente. Oggi se riguardo la sanità puntualmente verifichiamo viaggi della speranza è perché ancora una volta ci vediamo mortificare con questo che oggi viene chiamato riordino e non riforma, che si basa sulla disuguaglianza, sulla disparità e sulle ingiustizie. Ma è possibile questo! E' la stessa legge nella giustizia costituzionale che ci impone al rispetto dell'individuo, ma ciò non traspare da

questo riordino e quindi da questa riforma. L'illusione è la deriva conoscitiva delle disparità territoriali. Vengo al budget. Qualcuno mi deve spiegare la differenza, così come diceva il Presidente, dei quattro cardini di questa sanità, che poi dovrebbero diventare cinque. Ma io mi fermo solo su due concetti, la riabilitazione e la prevenzione e quindi la differenza tra la sanità privata e quella pubblica.

Caro Almerino Mezzolani, Assessore alla sanità, lei tra un po' mi dovrà rispondere su alcune questioni inerenti a quello che dirò ora. Ossia, io vedo che le liste di attesa si intasano sempre più, come vedo che un professionista la mattina mi nega la prestazione però poi in una struttura privata nel pomeriggio me la fornisce. Mi spiega ad esempio che cosa è successo a Fermo quando qualcuno si è interessato ad alcuni fattori proprio dipendenti da queste difficoltà oggettive? Mi spiega perché i macchinari dalle ore 8 alle 14 sono in funzione e il pomeriggio fino al giorno dopo non lo sono?

Visto allora che la territorialità viene così squallidamente mortificata ed emarginata, chiedo che in un consesso come questo, dove si fa la legge, dove si fa un riordino, dove si fa una riforma, nel principio di equanimità se ne tenga conto.

Mi riservo in dichiarazione di voto di dire il perché.

Francesco MASSI. Presidente, Colleghi, questo è uno di quei momenti che debbono caratterizzare l'esaltazione del ruolo dell'Assemblea legislativa regionale per la sua funzione di programmazione. E questo non vuole essere un richiamo morale, ma soltanto un riconoscimento e una convinzione di quello che noi qui rappresentiamo e quindi conseguentemente anche del servizio che svolgiamo nei confronti della comunità. Quindi consapevoli, penso tutti quanti noi, di questo momento fondamentale e dell'importanza del nostro ruolo, io voglio aprire con un appello che faccio alla maggioranza di centro-sinistra, cioè se se la sente – ormai le elezioni regionali ci sono state – di non arroccarsi come al solito, permettetemi, dietro il pregiudizio, dietro la facciata di un ruolo da recitare, per forza, di contrapposizione.

Voglio ricordare qui – ora non c'è il collega Viventi – che dal 2000 alcuni di noi si sono battuti per dare alla sanità una governance che facesse stretto riferimento ai territori provinciali.

E il motivo principale di questa concezione, di questo progetto, erano i servizi pubblici, dove quello della sanità, per bilancio, per esigenza del cittadino, per statuto, per la nostra funzione, è il servizio numero uno tra i servizi che la Regione eroga al cittadino. E il servizio della sanità – certo, anche tutti gli altri servizi ma quello della sanità innanzitutto - funziona se controllato dalla base, quindi, certo, dagli utenti attraverso associazioni di consumatori, di volontariato, ma soprattutto dagli enti locali, soprattutto dai sindaci che sono sul territorio il primo riferimento del potere da parte dei cittadini.

Ma questo non si è voluto perché la voglia ideologica di contrapporsi a tutti i costi ha spazzato via anche quelli che dentro il centro-sinistra all'inizio degli anni 2000 volevano un'organizzazione basata su territori provinciali. Si è andati oltre cercando di sperimentare l'Asur, la cosiddetta Azienda unica - di cui allora si diceva primo modello in Italia -, che doveva mettere il sistema a razionalizzazione, a realizzare economie di scala, a dare integrazione, a unificare il procedimento di appalto di forniture e di concorsi, a fare un'unica banca dati utile e completa. Queste erano le intenzioni del centro-sinistra nel 2003.

Caro collega Comi e cari colleghi del centro-sinistra, a sette anni di distanza questo passato recente pesa, nessuno può far finta di non aver vissuto il periodo del direttore Malucelli! Io per tre anni consecutivi sono stato l'unico in questa Assemblea a presentare la mozione di revoca, di cui solo successivamente ne ho avuto soddisfazione. E se il nostro ruolo, caro Presidente, è quello di avere ragione e soddisfazione qualche anno dopo ci possiamo anche stare, nel frattempo però i costi della comunità aumentano.

Abbiamo vissuto l'accentramento indiscriminato, abnorme, del direttore dell'Asur Malucelli, con ingerenze totali che hanno bloccato l'attività amministrativa dei direttori di zona, con intralci di tutti i tipi. Altro che razionalizzazione! Altro che riorganizzazione! Tanto è vero che questo direttore è stato revocato.

Non ci piaceva il sistema. E' vero che la persona può migliorare il sistema, però noi vorremmo un sistema diverso. Diverso! E come ha detto il collega D'Anna relatore di minoranza, ribadito anche dal collega Trenta, vorremmo un sistema basato sull'organizzazione provinciale. Rispetto al quale è chiaro che l'Assessorato e il Servizio debbono costruire la task force dei procedimenti unificanti, di risparmio, di razionalizzazione, di integrazione sul territorio.

Voi vi presentate, se permettete, con questo passato che pesa e che ci ha quindi trasmesso tutta la vicenda del CUP. E non l'avete trasmesso solo a noi ma a mezzo milione di cittadini marchigiani.

Quindi pesa l'accentramento indiscriminato dell'Asur, pesa il CUP, poi oggi, cercando di rimediare, ci vorreste far pesare anche un'altra cosa, la polverizzazione dei centri di gestione e decisionali.

Ma vi rendete conto quanti soggetti questo sistema mette in gioco! Partiamo dalla segreteria generale, il capo del servizio, l'agenzia, l'Asur, le aziende ospedaliere, le aree vaste, i direttori di zona e i distretti. E voi siete per la semplificazione? Non ci prendiamo in giro! Non ci prendiamo in giro! Qui ci stanno centinaia di persone, permettetemelo, perché allora lo fate? Perché siete imbranati? No! Non l'ho mai pensato. Il rispetto

che vi dobbiamo è proprio che non vi consideriamo assolutamente imbranati. E' perché dovete ancora sostenere e alimentare tutto questo sottobosco di persone che bussano alla vostra porta! E' di questo che mi rendo conto! Tutti questi che adesso non riuscite a sfolire! E quindi, quel Presidente che si fa giustamente fotografare insieme a Fazio e a tanti altri Ministri in quei momenti in cui la Giunta non grida al colpo di Stato e al sovvertimento della Costituzione - grazie a Dio! -, qui ha perso la battuta, perché sicuramente questa moltiplicazione dei centri decisionali e di governo peserà ancora troppo nel nostro sistema.

Allora perché non fermarsi due ore per vedere come può essere razionalizzato questo sistema? Siccome noi non siamo venuti da un altro pianeta, ma stiamo sulla Terra, vi abbiamo con i nostri emendamenti sottoposto la nostra volontà di discutere, e anche di fare un passo indietro se lo fate anche voi. Perché credo che i cittadini che ci ascoltano qui e anche quelli fuori si aspettano da noi responsabilità.

Per cui la nostra prima opzione sono le Asl provinciali, ma già lo sappiamo che direte no. Oggi avete un vostro importante esponente – a meno che rinnegate tutto – ossia l'ex Assessore alla sanità Melappioni che dice: "ci vogliono le cinque Asl provinciali". Do atto a Melappioni che già nel 2000 è vero che la pensava così, poi quando è arrivato D'Alema e compagnia che vi hanno imposto i direttori esteri ed esterni, chiaramente, per ragion di partito, cari amici DS, avete chiuso tutto e avete accettato il diktat romano. Sì, diktat romano! Perché questo è nelle Marche, lo devono sapere tutti, tutti! E forse anche una colpa nostra ce la prendiamo se non tutti l'hanno saputo.

Quindi avete detto no alle Asl provinciali, e questo lo sappiamo, allora vi abbiamo sottoposto un secondo sistema. Volete tenere l'Asur? Teniamoci l'Asur, ma organizziamoci subito in cinque aree vaste provinciali. E se permettetemi lo decidiamo qui che sono provinciali! Perché, caro Comi, quello che lei ha detto è molto apprezzato nel principio, ma nella forma io non l'ho capito, forse sarò stato disattento. Ma chi la fa la programmazione, la Giunta o l'Assemblea legislativa? Qui c'è lo Statuto della Regione – Presidente, il 17 dicembre lo andremo a celebrare, no! - dove c'è scritto che la programmazione la fa l'Assemblea legislativa. (...) No, no, voi nella legge avete scritto che le aree vaste le decide la Giunta! Tornate indietro almeno su questo, perché si tratta di un colpo di mano gravissimo! Le aree vaste le deve decidere l'Assemblea legislativa! E noi chiediamo oggi che siano provinciali.

Questo c'è scritto e questo dovete portare avanti, ossia la programmazione dello Statuto, non il colpo di mano della legge!

E siccome voi non dite che le aree vaste sono provinciali, vorremmo sapere qual è il disegno delle aree vaste. E dovete sottoscrivere l'impegno di venire qui in Assemblea legislativa! Altrimenti non andate a parlare di altri che fanno colpi di stato e colpi di mano! Su questo non andate a fare lezioni morali!

Non c'è scritto come la base deve partecipare e come i sindaci possano contare, anche su certe designazioni, io ho capito quello che dice l'Assessore Marconi, però non può essere che i sindaci vengano completamente spazzati via.

Inoltre, cari amici e compagni del centro-sinistra, nei nostri emendamenti c'è scritto anche un'altra cosa – e parlo anche a nome del collega Marinelli che oggi non c'è - che quanto agli investimenti, che non è spesa corrente ma programmazione a lungo termine, si fanno in Assemblea legislativa. Non che sia la Giunta a decidere pure gli investimenti per i prossimi trent'anni, se quella è programmazione voi venite in Assemblea legislativa!

Volete allora liberarvi di questo sottobosco che vi appesantisce e che tra l'altro vi crea un sacco di problemi interni di corrente, di circoli, di espressioni, di destra e di sinistra che avete all'interno? Se accettate questo suggerimento camperete meglio anche voi, ve l'assuro, e soprattutto camperanno meglio i cittadini e le nostre finanze.

Un'ultima cosa. Non vogliamo più neanche assistere a qualche scena triste, tipo le cene elettorali che avete fatto quando avete chiamato i direttori per organizzare gli happening elettorali con i vostri candidati. Questo non ci sia più! Consigliere Comi, il passato vi pesa, avete un passato di cene elettorali costruite sul territorio, con l'Assessore alla sanità, con il Presidente, con i candidati del PD, avete convocato persino gli infermieri per poter venire a condividere momenti elettorali! Cercate di non rifarlo più! Questo non lo faceva neanche il peggio della cosiddetta prima Repubblica, che oggi molti rimpiangono con nostalgia. Non lo faceva neanche il peggio della prima Repubblica!

Quindi noi siamo qua, se c'è da sospendere un'ora la seduta lo chiediamo, per dirvi: Asur, cinque aree vaste provinciali, distretti, e togliamo anche le zone perché non hanno più senso – non hanno più senso! -, servono solo a moltiplicare i soggetti che governano. Cari amici e compagni, se ve la sentite, trattiamo.

Gianluca BUSILACCHI. Intanto fa piacere che nella sua ultima proposta il Capogruppo del PdL sia sostanzialmente d'accordo con quella della maggioranza, infatti l'Asur con cinque aree vaste è la proposta della maggioranza, che già prefigura un sistema e un punto di caduta sul quale stiamo lavorando, sul quale questa legge in modo flessibile sta lavorando.

E' stato ricordato che questa è una legge di riordino, quindi non di modifica, ma di adeguamento della legge 13 alle mutate esigenze sociali, demografiche e delle condizioni di salute della popolazione marchigiana. Legge che verrà ovviamente integrata dal piano socio-sanitario che a quel punto renderà questo adeguamento esecutivo.

E' giusto pertanto partire proprio da questo aspetto, cioè dal fatto che si tratta di una legge di riordino. Innanzitutto perché non bisogna alimentare aspettative, infatti quando si fa una legge ci si può aspettare una rivoluzione, allora è giusto chiarire che è una legge di riordino.

Ma soprattutto perché, e questo è il punto vero e sostanziale, il giudizio, il bilancio a sette anni dalla legge 13 è positivo. Quindi è per questa ragione che non può essere una legge di riforma.

Il collega Massi ha parlato del fatto che bisogna ricordare il passato. Ricordiamo allora la storia della sanità di questa regione. Noi sette anni fa, prima che venisse approvata la legge 13, eravamo sull'orlo del commissariamento, i nostri conti erano forse addirittura peggiori rispetto ad alcune Regioni che sono state commissariate. In sette anni siamo riusciti a risanare i conti – e questo ce lo dice il Ministero del centro-destra non pericolose forze bolsceviche –. E siamo riusciti a farlo mantenendo la coesione sociale sul territorio. Immaginate cosa sarebbe successo in questa fase di difficoltà economica finanziaria, in questa fase di crisi sociale, se non avessimo risanato quei conti e se la Regione fosse stata commissariata. Per fare un parallelo è come se oggi l'Italia fosse fuori dall'euro. Noi invece abbiamo fatto questo risanamento. Dopodiché, si può dire che non è solo merito del modello istituzionale? Che non è solamente merito dell'Asur? Certo, è possibile. E' possibile che siano i dirigenti sul territorio, è possibile che sia il complesso dell'azione riformatrice della Giunta, insomma ci sono molte variabili, è evidente che le vittorie hanno molti padri, ma sicuramente non si può dire che quel modello è stato ed è fallimentare. Possiamo magari dire che forse non è il migliore dei mondi possibili, ma sicuramente, ripeto, non è un modello fallimentare, altrimenti avremmo avuto dati diversi.

Quindi partendo da questo presupposto ritengo che questo modello vada assolutamente confermato. Ha consentito un controllo della spesa, ricordiamoci infatti com'era prima la spesa. Prima, Consigliere Massi, c'erano più centri di costo. Prima, non adesso! E' prima che la spesa regionale era fuori controllo, perché c'erano più centri di costo con personalità giuridica, invece noi con questa riforma abbiamo sì accentrato il controllo ma mantenuto a livello di territorio l'operatività dei servizi con le tredici zone.

Allora si potrebbe dire, perché la legge? Perché credo sia giusto che dopo sette anni ci possa essere, pur con un giudizio positivo, un adeguamento e forse cercare di dare anche maggiore ruolo, non minore ruolo, ai territori.

Magari poteva essere una legge più coraggiosa? Però, attenzione, fare un modello flessibile, un modello in divenire, un modello che prefigura un punto di caduta, non vuol dire necessariamente poco coraggio, vuol dire attenzione a un adeguamento che è anche un adeguamento organizzativo. E le grandi riforme non si fanno con gli strappi, si fanno cercando di far capire bene qual è il punto di caduta, dopodiché consentire ai territori e a tutti gli operatori un lento adeguamento, pur nella chiarezza, rispetto a un modello che ci prefiguriamo.

Quali sono allora le ragioni assolutamente positive, virtuose, gli aspetti principali di questa legge? Ne cito due, uno è quello dell'area vasta.

L'area vasta non avrà la personalità giuridica, Consiglieri di minoranza, però voi sapete bene che dare personalità giuridica di fatto avrebbe significato cancellare l'Asur, e noi oggi non ce lo possiamo permettere, perché questo modello ha fatto bene.

Quindi come possiamo far sì che senza la personalità giuridica ci sia un ruolo strategico delle aree vaste? Facendo molte di quelle cose che sono contenute nella legge: contrattazione e appalti a livello di area vasta, ossia tutti gli aspetti che riguardano sia la fornitura di beni e servizi, sia gli aspetti riguardanti il personale; conferenza provinciale della salute, cioè un luogo a livello di area vasta in cui i sindaci, l'associazionismo, le forze sociali, possano esprimere un parere consultivo obbligatorio rispetto a tutti gli atti della Regione; dipartimento delle professioni, e su questo aspetto l'Italia è uno dei Paesi più indietro, le professioni sanitarie in altri Paesi sono infatti molto più sviluppate rispetto a noi, quindi anche su questo ci vogliamo adeguare e lo facciamo proprio all'interno del contenitore di area vasta.

Io avrei fatto anche un'altra cosa (che magari inserirò con un emendamento nell'ordine del giorno che presenteremo), perché non si può essere troppo rigidi sul profilo della formazione, ossia quella di cercare di dare agli operatori un segnale affinché anche rispetto alle specialistiche ci possa essere un lavoro che già viene gestito a livello di area vasta, in modo cioè che il governo clinico della sanità marchigiana sia gestito a livello di area vasta.

Il secondo aspetto importante riguarda l'integrazione. In questa legge, pur non essendo un suo tema specifico, che forse verrà più discusso all'interno del piano socio-sanitario, già ci sono alcuni aspetti che prefigurano, appunto, quella che sarà l'integrazione socio-sanitaria finalmente attuata in questa regione in modo pieno.

Guardate che la costituzione del dipartimento integrato della salute e dei servizi sociali è un fatto importante. E' un fatto importante perché, come ha ricordato il Consigliere Comi, non solo si fa chiarezza rispetto agli aspetti di programmazione e di gestione delle politiche socio-sanitarie in questa Regione, ma i due servizi vengono unificati all'interno di un solo dipartimento. Per cui noi con questo rispondiamo anche ai tanti sindaci, ai tanti operatori, alle tante forze dell'associazionismo che nelle audizioni ci hanno chiesto di non sanitarizzare il sociale.

Credo che questo sia un aspetto importante. Ma di aspetti importanti ce ne sono anche altri, come ad esempio la nascita dell'Inrca agenzia della terza età. Oppure il fatto, colleghi, che in alcune zone noi abbiamo già il modello futuro. Qualche giorno fa durante un'audizione i sindaci e gli operatori della Zona 4 di Senigallia ci hanno ricordato – credo sia utile ricordarlo laddove ci sono best practics – che in quel territorio già esiste una sola zona con un ambito e un distretto; è quel modello di integrazione a cui faceva riferimento il Consigliere Massi. Quindi quei modelli di integrazione socio- sanitaria in cui ci sia un unico distretto e un unico ambito in alcune parti di questa nostra regione già esistono, e quindi devono essere guardati come riferimento.

Tutto questo è per dire cosa? Che forse non è il migliore dei mondi possibili, può darsi, ma è sicuramente, a condizioni economiche e finanziarie date, è il migliore praticabile.

Io non voglio ritornare sul refrain dei tagli, non voglio essere ideologico, ma prendiamo atto che siamo in quel contesto lì, allora, se vogliamo ragionare sul migliore dei mondi possibili, cerchiamo di farci ridare i 240 milioni di euro che ci verranno levati nei prossimi tre anni in conto corrente, tutti i soldi che non avremo in conto capitale. Solo allora potremo parlare del migliore dei mondi possibili, ma in questa situazione, in questo contesto non è dato.

Quindi credo che sia stata capacità politica di questa maggioranza l'aver proposto un modello che con gli adattamenti necessari andrà a regime, quindi l'aver proposto una proposta di legge che consente nella chiarezza un modello flessibile per una sanità migliore nella regione.

Massimo BINCI. Rispetto a questo riordino parto innanzitutto dalla posizione politica di Sinistra Ecologia e Libertà proprio sulle argomentazioni qui richiamate, ossia se si deve parlare di riordino. Data l'esperienza positiva dell'Asur unica - che noi non abbiamo difficoltà ad ammettere - in cui si è visto che la questione principale è solo una. E la funzione dell'Asur, come detto più volte, non è di programmazione, ecc., il ruolo che ha svolto è stato quello del raggiungimento del pareggio di bilancio in sanità. Però un simile risultato si può raggiungere semplicemente anche attraverso i poteri della Giunta volti alla definizione e all'assegnazione dei budget. Quindi una volta che ogni area vasta avrà un budget, per cui ci sarà una regia di governo nel bilancio, le aree vaste potranno essere definite aziende sanitarie uniche provinciali. Questo è chiaro. L'unico problema che viene posto qui è il contenimento della spesa, ma con l'assegnazione del budget ad ogni azienda sanitaria provinciale in mano alla Giunta questo problema degli sforamenti non è assolutamente possibile.

Questo è il tema del nostro primo emendamento, ossia, no l'azienda unica ma aziende sanitarie uniche provinciali. Visto che la garanzia rispetto al bilancio è data dal fatto che la competenza dei budget è della Giunta, quindi la Giunta farà sì che i bilanci delle aziende sanitarie provinciali portino a un equilibrio di bilancio.

Un disegno di questo genere, come è già stato detto, porta ad una sotto suddivisione in ambiti e distretti, quindi si supera l'organizzazione in zone territoriali, dove, lì sì, c'è un aumento della spesa e delle difficoltà ed in qualche modo anche sviluppo del clientelismo.

Quindi se si deve fare un riordino lo si deve fare in una direzione chiara e che vada anche verso una diminuzione dei livelli.

La creazione delle aziende sanitarie provinciali porta tutta la programmazione all'interno del budget stabilito su area vasta dalla programmazione che viene data dall'Assemblea legislativa e dalla Giunta. Inoltre porta alla integrazione del sociale e del sanitario a livello di ambiti e distretti. Invece qui noi di fatto abbiamo adattato gli ambiti alle zone territoriali.

L'altra questione che Sinistra Ecologia e Libertà non condivide in maniera sostanziale, al di là dell'architettura, è l'istituzione del dipartimento della salute e dei servizi sociali con un direttore unico. Un conto è l'integrazione socio-sanitaria, che è necessaria, è ormai prassi, avviene normalmente nei nostri territori - i sindaci lo sanno benissimo - , un conto è l'accorpamento della funzione sanitaria con quella sociale, che costituisce un significativo passo indietro rispetto alla programmazione e ai risultati di questi anni.

Si è partiti dall'idea opposta, alleggerire la sanità di funzioni improprie, che potevano essere ricondotte a una maggiore efficienza ed efficacia nell'ambito dei servizi sociali.

L'integrazione socio-sanitaria non si realizza con un burocratico provvedimento di accorpamento, ma

favorendo le azioni dal basso, conoscenza dei bisogni e delle necessità, risorse da destinare ai distretti e ai poli nell'ottica di vicinanza alle comunità e di maggiore flessibilità rispetto alla preponderante logica ospedaliera, effettivo coinvolgimento delle amministrazioni locali nell'individuazione delle priorità e dell'allocazione delle risorse.

Il Presidente Comi ha detto che tra l'assistenza domiciliare e l'ospedalizzazione o l'inserimento all'interno di strutture protette, la Regione, è logico, sceglie la domiciliarizzazione. Ma le risorse devono andare in tutt'altra direzione! Ossia devono andare sugli ospedali e sulle residenze assistenziali e sanitarie per gli anziani e per i disabili.

Quindi di fatto ad una volontà politica non si riesce a dar corso. Perché poi le strutture comandano, perché poi gli interessi comandano! Per cui non è vero che la realizzazione va nella direzione della domiciliarizzazione. Le risorse vanno tutte verso l'ospedalizzazione e verso le case di riposo o le Rsa.

Altro emendamento riguarda creare due direttori, uno per il sociale e uno per il sanitario. E' il mimino! Qui creiamo direttori per tutto poi le due branche principali sono accorpate sotto un unico direttore, che dovrà per forza fare i conti, quindi per forza sempre sarà un rappresentante del settore sanitario. Voglio vedere se questo direttore di dipartimento unico potrà essere mai un responsabile socio-sanitario anziché un responsabile sanitario! Perché è anche da qui che si vede la volontà di dire: "tanto è uguale, tanto c'è l'integrazione", ma alla fine comandano i medici. Allora ci vuole una programmazione separata, competenze separate. L'integrazione deve venire dalla programmazione, dagli indirizzi che dà l'Assemblea legislativa e dagli indirizzi che dà la Giunta, non si può pensare che l'integrazione venga dal cielo. L'integrazione c'è solo se ci sono due entità che programmano e che si incontrano.

Altra questione è l'Agenzia regionale sanitaria. L'emendamento che abbiamo fatto come SEL è di reinserire, perché vengono tolte, all'interno delle funzioni dell'Agenzia regionale sanitaria le funzioni di lettura, valutazione e monitoraggio del sistema e dei problemi di salute dei cittadini, che spetta appunto all'Agenzia regionale sanitaria che però in questa proposta di legge è scomparsa.

Inoltre abbiamo inserito dei criteri di esperienza specifica per la nomina del direttore, perché non si può dire "è diretta da un direttore generale nominato dal Presidente", quindi bisogna inserire "tra gli specialisti di igiene e sanità pubblica ad indirizzo statistico ed epidemiologico con anni di esperienza in questo settore", altrimenti avremo le solite nomine politiche.

Un altro emendamento all'articolo 15 prevede la possibilità per l'Agenzia regionale sanitaria di partecipare a progetti anche esterni al servizio sanitario regionale. Altrimenti si rischia che l'Agenzia non possa avere finanziamenti nazionali per studi. Quindi ho inserito un comma 12 con cui si dice "L'ARS può avvalersi, in caso di progetti di interesse regionale e nazionale finanziati, di personale...omissis...e collabora altresì su specifici progetti con le università, le aziende sanitarie della regione, gli enti di ricerca, le società scientifiche di settore, le agenzie socio-sanitarie. I rapporti operativi sono regolamentati attraverso specifici accordi convenzionati fra le rispettive amministrazioni.". Pertanto prevedere accordi e convenzioni con altre amministrazioni e enti pubblici proprio per far accedere l'Agenzia regionale sanitaria a eventuali finanziamenti pubblici che qui non sono previsti.

L'ultima questione è prettamente politica. Sui giornali c'è stata una diatriba sul fatto che la politica esce dalla sanità. Ma come?! Le nomine avvengono tramite il direttore generale che viene nominato direttamente dalla Giunta. Allora, un nominato diretto può scegliere di propria volontà? No! Altrimenti gli si dà un calcio diretto nel sedere e torna a fare il lavoretto di prima!

Con le nomine dirette si attua lo spoil system, come nel sistema americano. Quindi qui con la nomina diretta del direttore generale, che a sua volta nomina i direttori di tutta la sanità, noi applichiamo lo spoil system. Sicché ad ogni cambio di maggioranza ci saranno cambi di direttori in tutti i settori.

Mi sembra quanto meno inverosimile che la politica sia uscita in questo modo dalle nomine ospedaliere!

Raffaele BUCCIARELLI. Cercherò di essere veloce. Io sono anche tentato di esprimere una certa soddisfazione soprattutto per due motivi.

Il primo è perché quasi tutti gli interventi dei rappresentanti della maggioranza hanno parlato bene del sistema sanitario Marche, hanno parlato bene della legge 13 che ha risolto i problemi della sanità marchigiana portandola tra le prime in Italia. Però tutti si sono dimenticati di dire che quando si è approvata quella legge e quando si prendevano i provvedimenti conseguenti i Comunisti erano maggioranza e al Governo. Quindi, se ci consentite, parte non trascurabile di questo merito è delle forze politiche che rappresento. Forze che voi avete mandato all'opposizione proprio perché funzionava bene. Voi di questa maggioranza!!

L'altro motivo per cui sono contento è che finalmente c'è un Assessore regionale che dice, e traduco in termini primitivi: "basta con questa sceneggiata della non politica, la politica deve contare". Grazie, Assessore Marconi, la politica deve contare! Lasciate fare a Berlusconi quello che compete a Berlusconi, voi

dovreste cercare di essere di un'altra pasta.

Quindi la politica in primo piano. Infatti è una scelta politica quella che la maggioranza ed il Governo regionale ci sta proponendo. Una scelta politica che secondo noi rappresenta un'inversione di marcia rispetto alla legge 13 che, come dicevo poc'anzi, ha invece ottenuto grandi risultati.

Noi siamo convinti che in un momento di grande difficoltà economico-finanziaria, in un momento di grande difficoltà per la coesione sociale e democratica in questo paese, ci sia bisogno, da parte di una maggioranza che voglia governare bene, di decentrare al massimo le capacità decisionali. E questo per rendere artefici, per rendere soggetti e non oggetti passivi di decisioni prese altrove tutti coloro che operano sul territorio, a partire dalle associazioni, dalle istituzioni, Comuni, Province, ambiti, ecc.. Qui invece noi siamo di fronte ad un provvedimento che fa l'esatto contrario, accentra, pone nelle mani del Governo il massimo della possibilità di intervento e quando non è possibile questo lo concede all'Asur che da sola dovrebbe gestire appalti per il 40% dei 2 miliardi e 800 milioni circa che vengono assorbiti dalla sanità.

Allora, guardate, quando avviene questo, quando c'è questa tendenza, le cose sono due - almeno in questo caso c'è sicurezza, caro Assessore Mezzolani, di non essere di fronte al fuoco amico! - o c'è una grande insicurezza per cui non ci si fida di chi opera sul territorio e si accentra, controllando al massimo, oppure c'è paura di aprirsi perché questo territorio non siamo in grado di ascoltarlo bene.

Ecco, è per questo che noi siamo preoccupati, questo rappresenta politicamente lo strumento che voi ci proponete.

E' vero che nelle audizioni, come dicevano alcuni Consiglieri, ci sono state molte critiche, ma io sono preoccupato perché non ho letto, non ho visto, non ho ascoltato sindaci rivendicare un loro ruolo. Ecco dunque l'appiattimento della politica. Ed è una responsabilità in più di questa maggioranza e di questo Governo, che dovrebbero invece sollecitare la presenza ed anche i consigli e suggerimenti del territorio, non solo attraverso il CAL, non solo attraverso le audizioni che sono imposte dalla legge regionale, è obbligo, ma facendolo motu proprio, di propria volontà, convocando, ascoltando, organizzando iniziative come se si fosse in campagna elettorale. Perché ancora ci sono lunghe liste di attesa, perché ancora c'è una così lunga mobilità passiva, perché ancora, nonostante i grandi successi avuti, non siamo soddisfatti, perché questo è! E soprattutto, me lo permetta Assessore, non si parla più di prevenzione, ovvero l'ambito operando nel quale si possono ottenere i maggiori risultati anche in termini di costi. Non esiste integrazione socio-sanitaria né esiste una volontà precisa di prevenire, che, sappiamo, è sempre meglio del curare.

Noi Comunisti abbiamo presentato degli emendamenti proprio per evitare che ci sia uno scivolamento indietro a prima della legge 13. Li abbiamo presentati coerenti a quanto ho detto, ossia, decentramento, partecipazione attiva e presente dei Comuni, identificazione e coincidenza degli ambiti con i distretti, affinché lì, negli ambiti sociali, i rappresentanti più vicini delle popolazioni possano esprimere i propri programmi e i propri progetti soprattutto per la prevenzione, inoltre per spalmare il più possibile questo nostro buon servizio regionale su tutto il territorio.

Così com'è noi non voteremo mai questo provvedimento. Non lo voteremo perché non vogliamo essere complici di un'inversione di tendenza. Qualora invece questa maggioranza dimostri la sua forza nell'accogliere le proposte che abbiamo fatto saremo pronti a modificare il nostro orientamento.

Giulio NATALI. Signori Consiglieri, signor Presidente, sentire il Consigliere Bucciarelli è sempre un qualcosa che a mio avviso serve. Serve perché dai discorsi che fa vengono fuori degli spunti che cambiano quello che uno voleva dire magari prima di ascoltarlo.

Vede, Consigliere Bucciarelli, lei si lamenta di essere stato tra i fautori di questa legge di cui molto del suo merito appartiene al suo Gruppo e si meraviglia di quello che è successo dopo.

C'è allora un po' di schizofrenia nella politica, in tutta la politica. E ricordo a tutti che il Presidente Spacca - lo ricordava anche lui qualche settimana fa - ha inaugurato il laboratorio politico esportabile in tutta Italia, e rispondendo nella replica a metà maggio ci disse che avrebbe portato l'attacco all'interno fino al cuore della coalizione, con dei riflessi a livello nazionale. Presidente, lei o è un veggente o noi abbiamo un Presidente...(..) no, non lo definirei neppure lungimirante o profetico, direi addirittura qualcos'altro! Ma il bello è, caro Bucciarelli, che lei difende quella legge e si domanda sul perché dovrebbe essere cambiata. Ecco, noi invece ci domandiamo perché non dovrebbe essere cambiata.

Si dice che questa legge sia nata da un bisogno, da una necessità, da una essenzialità, ossia quella di una spesa, andata poi a finire non si sa dove - al di là del fatto, Presidente, che sette anni fa lei era già qui da tredici anni e quindi forse qualche responsabilità qualcuno ce l'aveva! -, ma perché, i risparmi si ottengono soltanto con il sistema Asur?! A me sembra la tesi del buttare il bambino con l'acqua sporca. Ma di solito si butta l'acqua sporca, il bambino si dovrebbe tenere.

E' difficile capire come una sinistra, un centro-sinistra, il Partito Democratico, i progressisti, ritengano che non debbano essere sentiti i territori, ossia che la voce del territorio non debba essere ascoltata. In nome di

che cosa? Di un risparmio, in nome di un rientrare nel bilancio. E' una cosa difficile, per cui a questo punto, Presidente, capisco di più il suo attacco nel cuore della coalizione. Ormai qui confondiamo numeri, generi e casi.

Non si deve sprecare, ci mancherebbe, ma nella sanità non si deve fare certo un discorso di economie. Allora penso di essere sulla stessa lunghezza d'onda del Presidente Bucciarelli.

Qui si è invece costruito questa situazione soltanto per risparmiare. Ma il risparmio qual è stato? Vogliamo dire se questi risparmi sono strutturali? Queste sono le risposte che deve dare la Giunta. Altrimenti non si capisce la necessità di un riordino e soprattutto non si capisce quali saranno i risparmi ulteriori.

Vogliamo parlare degli immobili che per sanare i bilanci avete venduto in questi anni? Alcuni anche a dei miei illustri concittadini. Vogliamo parlare degli interventi che ha fatto il Governo nazionale, anche se una tantum, per ripianare dei debiti?

Cosa pensate che ancora una volta ci saranno queste situazioni?

Ma qui di risparmi strutturali non ce ne sono, qui c'è solo un'esigenza di controllare tutto da qui. Voi non vi fidate neanche dei vostri sindaci. Questa è la cosa più bella che viene fuori. Pensate che scappano anche i vostri sindaci. Ma come? Con un centralismo che è nel vostro dna, ci sarà pure qualche conferenza dei sindaci a voi omogenea, no, neanche di quelle vi fidate!

Allora quello che si può – e qui il mio invito a chi rappresenta il territorio piceno dai banchi della Giunta, dai banchi dei Consiglieri di maggioranza – semmai sentire (non voglio dire tollerato e neanche compreso), per tutto quello che succede nelle Marche, sui benefici dell'Asur, è qualcosa che nel mio territorio non si è visto. I risparmi che siete riusciti a fare nel nostro territorio si chiamano solo tagli.

Allora voi dovete solo chiedere al cittadino delle zone territoriali 12 e 13 quali benefici ha avuto dall'Asur. Io vi posso parlare degli ultimi. Noi all'ospedale Mazzoni su 8 camere operatorie ne abbiamo 6 chiuse. Quindi i cittadini sono contentissimi (!), andranno dall'Assessore – tra l'altro speravo che subito dopo il Presidente Comi intervenisse lui per farci capire qualcosa di più sulla filosofia di questa legge – a chiedere perché lì i tagli sono continuati. Quei tagli che appunto per voi sono risparmi.

Vi vorrei riportare alla mente Barak Obama che purtroppo solo nel 2009 è arrivato a capire che la sanità in una nazione non poteva consentire a chi non aveva un'assicurazione di morire in mezzo alla strada. Voi mi sembrate uguali! Voi in nome di logiche di bilancio fate questo! Voi di sinistra, questo è il bello!

E mi meraviglio quando il Presidente Bucciarelli nel proporre e nel rivendicare l'Asur che non sia lui a fare questi discorsi. Che non ci sia sinistra, Presidente Bucciarelli, io ne sono convintissimo, tanto che ogni volta mi giro perché non so fino a dove arriva l'attacco! Insomma, speriamo di riuscire a reggere!

Dunque parlare di risparmi e parlare di tutto questo all'interno della sanità è cosa veramente brutta. E' cosa veramente brutta perché il risparmio si fa controllando chi opera localmente, controllando chi opera nelle zone territoriali. Certo, quando da noi ce ne mandate otto in quattro anni è difficile anche controllarli, è difficile fare strategia, ma per vostra colpa, per vostra responsabilità, non per altro.

Poi, vede Presidente - lei che è impegnato al telefono! -, ma lei ha avuto il coraggio o il buonsenso di leggere quello che hanno detto i nostri auditi? O glielo ha riferito il nostro Presidente Comi? Io le vorrei sottoporre quello che dicono persone non a noi vicine, ma quello che dice Gianni Venturi della Cgil che non penso possa essere considerata una persona che ha votato Erminio Marinelli, quello che ha detto il dott. Amici del sindacato dei medici della Cgil. Quindi sono loro che parlano, non dobbiamo parlare noi, per mettervi a terra e per far capire quale porcheria state facendo sono loro che ve lo dicono.

Quell'economicità durata cinque è finita. O la riforma è strutturale o l'economicità finisce. E rimane che cosa? Rimane il metodo. Ma un metodo strano. Qualcuno ha detto che la politica deve riappropriarsi di certi spazi, io su questo sono d'accordissimo, ma qui si è usato un metodo diverso, la deresponsabilizzazione.

Noi che facciamo un po' di penale quando proponiamo la separazione delle carriere qualcuno ci obietta sempre, ma c'è l'obbligatorietà dell'azione penale, come facciamo. L'obbligatorietà dell'azione penale, per chi non lo sapesse, serve soltanto a tutelare dei procuratori della Repubblica nello scegliere certi processi e nel non sceglierne altri, però senza responsabilità, perché poi il processo che scelgono lo seguono, quello che non scelgono si prescrive. Se non ci fosse più l'obbligatorietà dell'azione penale il procuratore dovrebbe dire: "seguo questo processo" e si prenderebbe la responsabilità di seguire il processo. E' chiaro che il procuratore della Repubblica, in nome di una logica tutta propria, questa responsabilità non la vuole e quindi fa quello che fa la Giunta che nomina Ciccarelli e dice: "vedi, sono talmente brava e talmente al di fuori dalle scelte, da quel marchettificio di clientela, che ho nominato uno che farà tutto lui". Ma a chi volete prendere in giro! Voi in questo modo fate solo ridere! Ciccarelli volerà il giorno in cui non sarà consueto a chi comanda in Giunta, a chi sarà più forte in quel momento in Giunta.

L'Assessore Mezzolani io dopo il CUP lo chiamo l'Assessore di Mezzolani, perché l'hanno crinato ma resiste. Io ho molta stima dell'Assessore Mezzolani, ma lo vedo un po' tremebondo, perché? Perché l'Assessore Mezzolani sa dell'attacco di cui è stato reso vittima. In questo modo si scelgono i direttori generali, si mandano poi sui territori irresponsabili! Il Consigliere di riferimento Umberto Trenta parla sempre di una

fantasmità cameliana.

A noi, caro Consigliere Bucciarelli, ci hanno regalato un direttore di zona a giugno dell'anno scorso, dopo che la Conferenza dei sindaci di Ascoli della zona territoriale 13 - in cui non è che ci sia solo la destra, sia chiaro - ne aveva scelto un altro. Non è che ci ha dato 100 nomi, ce ne ha dati 3, e noi abbiamo detto: "va bene questo", no, questo no, ve ne regaliamo un altro, ma dandocelo come un vero fenomeno. Tanto è vero che a un certo punto l'hanno chiamato all'azienda di Ferrara, e qualcuno, qualche solone, qualche uomo forte nascosto sotto i banchi di questa Giunta, scriveva sui giornali: "era talmente bravo quello che io avevo fatto scegliere che l'hanno chiamato a Ferrara". Dopo tre giorni si è scoperto che per il problema del CUP era stato il suo! E ci avevano fatto questo grande regalo, un vero fenomeno, si diceva!

Ora dobbiamo ancora capire - ma speriamo che con quella Commissione d'inchiesta qualcosa si capirà - chi era il fenomeno in quella situazione, se l'ufficio legale, se il segretario generale, se quel direttore generale, insomma, dobbiamo capire queste cose. Ma intanto è questo il modo come voi trattate.

Dovete capire una cosa, ossia che su queste cose non si dovrebbe scherzare più. Allora voglio vedere che cosa otterrà quel territorio che io indegnamente rappresento e che vorrei vedere rappresentato anche dall'Assessore Canzian e da qualche Assessore di maggioranza che non nomino - non faccio come il Consigliere Trenta -. Perché parlare di area vasta è parlare di aria fritta, caro Consigliere Busilacchi. L'area vasta non è altro che aria fritta! Nessuno capisce perché l'area vasta non dovrebbe avere un potere gestionale.

E voi vi scordate che la Giunta precedente, ma molti di voi c'erano, ha emanato una proposta di legge in cui si parlava dell'azienda Marche sud, ma che fine ha fatto?! La colpa è del taglio? Quale taglio! Sull'azienda Marche sud quale taglio! Quale! Cercate di buttare meno soldi in consulenze, vero Consigliera Ortenzi, che ne conosciamo tante di belle e di simpatiche. Cerchiamo di non usare parzialità con figli e figliastri. E soprattutto prima di fare i tagli - e mi rifaccio a quello che diceva il Sindaco di San Benedetto del Tronto non più di sei mesi fa - perequiamo gli investimenti che sono nelle cinque province delle Marche. Diamo la stessa somma a ogni cittadino di quei territori, poi facciamo i tagli. Consideriamo anche tutto quello che quei territori apprendono con il sistema aziende, poi facciamo i conti.

Ecco, è su questo che cadete, e se volessimo potremo fare anche facili strumentalizzazioni. Ma le faremo, ve lo dico subito, perché sulla sanità non si scherza! Con 6 sale operatorie chiuse su 8, cara Consigliera Ortenzi, lei può ben immaginare che se un ospedale come Ascoli dove in un periodo 25 ottobre-31 dicembre dell'anno scorso sono stati fatti 1.800 interventi e adesso se ne faranno 350, ci sta poco da ridere! Ci sta poco da scherzare di economicità! Questa economicità ognuno di noi è in grado di farla, anch'io dentro casa mia, basta che non do da mangiare ai miei figli e avrò un conto corrente sicuramente migliore, però non so come la prenderebbero i miei figli questa mia soluzione.

Allora specie nella nostra zona sappiate che quello che state facendo è un'ennesima aggressione a quel territorio. Speriamo che quel territorio se ne renda conto e vi dia la giusta risposta.

Moreno PIERONI. Il dibattito su questa legge di riordino, di riorganizzazione della legge 13 è sicuramente importante, è stato un dibattito che ha avuto tante sfaccettature. Sicuramente bisogna dare atto alla Giunta regionale di aver elaborato in pochi mesi una legge di riordino che va ad organizzare complessivamente la sanità, in particolare dal punto di vista amministrativo, per le Marche.

E' una legge che nelle sue tante sfaccettature ha creato una serie di valutazioni, che seppure non tutte eguali noi socialisti riteniamo siano state comunque portate avanti con grande determinazione da tutte le associazioni, da tutte le categorie, dai vari ordini, che hanno avuto modo di poter, in maniera fortemente democratica, esprimere un proprio pensiero e una propria posizione.

Quindi come socialisti vogliamo dare alla Giunta e al Presidente Spacca un voto di fiducia, una fiducia che nasce proprio dalla esperienza avuta nella legislatura passata, un'esperienza sicuramente portata avanti anche in questa proposta di legge regionale. Per cui auspichiamo che alla fine possa dare i giusti risultati. Naturalmente il Partito Socialista si è confrontato all'interno della coalizione, all'interno della Commissione stessa su una serie di sue posizioni che riteneva dover sostenere.

Oggi voteremo favorevolmente su questa legge. E' un voto che darà una nostra consequenzialità nel progetto della sanità marchigiana. Quel progetto della sanità marchigiana che poi vedremo in maniera forte, più elaborata e più incisiva anche nel piano socio-sanitario che da qui a pochi mesi arriverà in Aula per la discussione. Discussione, questa sì, che entrerà nel merito delle problematiche vere della sanità marchigiana. Le riflessioni e le argomentazioni portate avanti dai vari Consiglieri che si sono succeduti hanno intrecciato le argomentazioni di questa proposta di legge con le problematiche che invece a mio avviso dovremo affrontare in maniera più incisiva all'interno, appunto, del piano socio-sanitario.

Quindi in particolar modo sul piano socio-sanitario dovremo fare una riflessione importante in quanto, ripeto, sarà argomento di discussione più approfondita.

Come Partito socialista abbiamo presentato un emendamento con l'obiettivo di poter dare, anche attraverso questo strumento di riordino sanitario, opportunità maggiori all'economia marchigiana. Inoltre ci riserviamo di verificare in Aula se ci saranno delle condivisioni attraverso un ordine del giorno, in modo possa essere dato un segnale politico a tutte le attività produttive marchigiane ed in particolar modo al mondo artigianale.

Mirco RICCI. Interverrò altrettanto brevemente come fatto ora dal Consigliere Pieroni. Dilungarsi non serve neppure. Ringrazio il Consigliere Comi per l'approfondita e chiara relazione che ho ascoltato con molta attenzione. Si è impegnato, ci ha lavorato insieme a tutta la Commissione.

Parto allora proprio di quando parlava di una legge di riordino, delle competenze e della possibilità di definire meglio i ruoli all'interno del sistema sanitario marchigiano. Io però penso che questo sia un passaggio che deve prevedere un'accelerazione della riforma. Nel senso che sicuramente è uno step importante, c'è un aggiustamento del ruolo del modulo organizzativo, ma ci vuole una riforma molto molto forte, occorre un'accelerazione - che, certo, ci sarà, penso lo dirà sia l'Assessore Mezzolani che il Presidente - per riuscire a portare sempre più ai territori il tema della sanità.

Io sono molto convinto che questo sia un passaggio importantissimo, ma che non può fermarsi qui, come hanno detto sia il Consigliere Comi che altri Consiglieri.

Perché vede, Consigliere Massi, i modelli organizzativi non sono quasi mai alternativi, un certo modello organizzativo si sceglie, e non significa che quello alternativo sia inefficace. Dunque è stata fatta la scelta che in quel momento era opportuna. A di là delle opinioni personali di ognuno di noi, era opportuno individuare un modello organizzativo che poteva darci la possibilità di costruire un sistema che riequilibrasse, che controllasse la spesa, che rendesse possibile un intervento più omogeneo sul territorio regionale. Allora in questo senso si è scelta la struttura dell'Asur.

Bisogna dire che dalle scelte politiche del Governo regionale, che appunto sceglie quel tipo di impostazione, i dati reali che abbiamo non si possono disconoscere, perché le cose son così. Questa struttura è molto articolata, è vero, mostra molti limiti, è vero, ma ha comunque dato innegabili risultati.

Il dato del controllo della spesa è un dato reale, essere riusciti ad essere riconosciuti insieme ad altre Regioni, come Lombardia e Toscana, come modello, come punto di riferimento anche del Ministero, è un dato reale. Questi aspetti non si possono disconoscere.

E questo percorso l'ha compiuto la Giunta insieme, ovviamente, ad un modello organizzativo scelto per quel momento particolare che vivevano le Marche rispetto al tema della sanità.

Questa legge introduce anche altre cose, il dipartimento, rafforza il ruolo di area vasta. Arrivare all'Asl provinciale o al profilo giuridico non penso sia un qualcosa che possiamo anticipare adesso, non possiamo disarticolare di botto il sistema in campo, ma penso in ogni caso che questa legge, che individua l'area vasta e la configura come qualcosa che sta nella legge, che avrà deleghe molto precise, assomigli a una struttura sul territorio su cui poi gestire la sanità in maniera legata a quell'aspetto.

Per cui introdurre adesso l'elemento del profilo giuridico cambierebbe il modello organizzativo, sarebbe un'altra cosa, non credo ci siano assolutamente le condizioni per fare questo.

E' chiaro che non possiamo dipingere la sanità come un qualcosa che deve per forza luccicare. I problemi ci sono, alcuni rimangono in campo, ad esempio quello della mobilità passiva o anche altri che vanno corretti.

Ma ci attendevamo anche risorse dal Governo, ora tagliate, per poter dar corso alle cose anche qui richiamate...(...) Certo, Consigliere Trenta, perché le risorse per realizzare il polo nord delle Marche e quello sud ha a che fare molto con i trasferimenti del Governo, che se non ci sono non si fa! (...) Lasci stare, non polemizziamo, io sto cercando di essere il più moderato possibile...

PRESIDENTE. Consigliere Trenta, per favore!

Mirco RICCI. Se poi lei se la prende con un "moderato" vuol dire che cerca la speculazione per forza! Stavo dicendo che questa proposta di riforma è perfettamente in linea e quindi rafforza i risultati che le Marche hanno ottenuto.

Io ho l'impressione - dopodiché chiudo, sarebbe solo un ripetersi - che questa legge che riordina il sistema, che mette a posto le competenze, funzionerà.

Andando alla questione fra politica e modello organizzativo lì il confine è labile, è intrecciato. Il problema del rapporto fra politica e organizzazione si risolve sempre con la trasparenza e la serietà e in questa Regione simili aspetti non sono mancati. Non sono mancati! Guai a insistere nelle Marche su un tema che non esiste!

Ripeto, lei Consigliere Comi ha fatto un buon lavoro, la ringrazio di nuovo, come ovviamente ringrazio l'Assessore Mezzolani che ci ha messo del suo. E vorrei qui ricordare al Consigliere Natali che intanto l'Assessore Mezzolani gode in primo luogo la fiducia di tutto il gruppo del PD come pure della maggioranza. Quindi nel suo ruolo è saldissimo, deve andare avanti ancora per lungo tempo per completare la riforma

della legge 13. Legge che deve avvicinare, ripeto e concludo, sempre di più al territorio la gestione della sanità delle Marche.

Valeriano CAMELA. Anch'io sarò molto breve perché tanto è stato già detto dai colleghi che sono intervenuti. Anche perché ogni singola e diversa considerazione è frutto di angoli di visuale specifici, di sensibilità proprie, di esperienze vissute, di conoscenze legate anche all'ambito professionale, e c'è chi ce l'ha e chi non ce l'ha.

La disquisizione emersa a proposito dell'aggettivazione utilizzata per definire la proposta di legge n. 28, che oggi stiamo dibattendo, personalmente la condivido nella sua definizione di legge di riordino. Io la intendo come un provvedimento volto a qualificare ulteriormente un sistema che cerca di funzionare al meglio; tendere alla perfezione è un concetto abbastanza utopistico, un obiettivo impossibile da raggiungere. Però un dato inconfutabile e obiettivo, poiché certificato anche dal livello di governo nazionale che è politicamente diverso da quello rappresentato nella nostra Regione, è quello che la Regione Marche è inserita all'interno del ristrettissimo direi quasi esclusivo gruppo delle Regioni virtuose; il Presidente Spacca mi pare indicava la nostra Regione tra le prime quattro. Questo ovviamente ci fa piacere, speriamo che poi ci sia effettivamente una ricaduta di questa efficienza dei sistemi sanitari sui nostri territori.

Rivedere periodicamente un contesto è un passaggio obbligato, un'esigenza concreta, a maggior ragione in un settore quale quello sanitario che per definizione è complesso e delicato e che non può prescindere da modalità graduali e flessibili di approccio.

E' quindi doveroso che a distanza di sette anni sia debba andar dietro, anzi, ove possibile, si debbano prevenire i complessi e spesso repentini cambiamenti dello scenario sociale, economico e sanitario, variamente implicati fra loro. Situazioni, queste, che sono sicuro che anche voi condividete. Sarebbe sbagliato ingabbiare in maniera rigida un modello e uno schema ritenuto utile in quella specifica fase temporale, senza illusioni che esso potesse valere in eterno.

Inoltre non posso non esprimere soddisfazione rispetto a importanti indicazioni poste dal mio partito, come l'eliminazione dell'interferenza politica dalla nomina dei direttori di zona, che appunto risulta rispettata.

L'indicazione è giusta in quanto il direttore generale Asur deve essere libero da condizionamenti nella scelta dei direttori di zona, che debbono essere collaboratori fidati e scelti in maniera consapevole, responsabile, piuttosto che suggeriti da altri. E' uno stimolo formidabile alla più efficace operatività del sistema, senza alibi per scaricare su altri eventuali fallimenti - che sono sicuro non ci saranno - nel raggiungimento degli obiettivi fissati dalla Giunta.

Condivido inoltre il modello organizzativo proposto che vede la Giunta organo unico ed esclusivo della programmazione sanitaria. Come pure la creazione del dipartimento della salute e dei servizi sociali all'interno del quale trovano sintesi la sanità e il sociale, con un'operazione giusta, ovvero quella di prevedere il responsabile del servizio sociale come vicedirettore del dipartimento salute, a garanzia di un effettivo e spero efficace raccordo socio-sanitario. E condivido anche l'Agenzia regionale sanitaria. Esprimo a questo proposito una sollecitazione, una riflessione affinché il direttore del dipartimento salute possa rapportarsi in maniera più diretta con il segretario generale nello svolgimento degli atti riferiti agli obiettivi e alle direttive generali di carattere gestionale.

Almerino MEZZOLANI. Non vi prenderò molto tempo per una ragione molto semplice, ovvero è perché l'illustrazione che ha fatto il Presidente della V Commissione Comi è stata puntualissima, rispecchia esattamente il lavoro che abbiamo svolto in questo periodo e naturalmente rispecchia esattamente l'indirizzo che si è voluto dare con questa legge di riordino.

Voglio intanto rivolgere un ringraziamento a quest'Aula, perché, al di là delle legittime posizioni sostenute, il contributo che ne è venuto è alto. E soprattutto perché, tranne in alcuni interventi, seppure si sia evidenziata la necessità di produrre un ulteriore sforzo per la riqualificazione del sistema. In pochi hanno disconosciuto il percorso che fin qui abbiamo fatto nei passaggi di questi anni.

Voglio altrettanto ringraziare tutti i componenti della V Commissione, a partire quindi dal Presidente, per il lavoro di confronto e di dialogo vero, come qui ricordato, che hanno saputo sollecitare con tutti i soggetti coinvolti dentro questo percorso di riordino.

Vado alla filosofia di questa legge. Intanto rivendico qui l'estrema coerenza con la quale abbiamo agito in questi anni. Perché dico questo? Dico questo perché, se ricordate bene, noi nel momento in cui tre anni fa avevamo portato il nuovo piano sanitario, ossia quello scaduto e che ci accingiamo a rinnovare, c'era l'intenzione da subito di mettere mano al riordino del sistema. Ma quel passaggio lo abbiamo rifiutato, abbiamo detto di applicare adesso la legge che c'è, parliamo di programmazione sanitaria, poi, una volta portata a compimento, migliorato il sistema, rimesso sotto controllo a partire dai conti, ritorneremo a ragionare sulla sua organizzazione. E che lo avremmo fatto così come oggi proponiamo di farlo. Ossia in maniera flessibile, lontani dal retaggio del passato, da posizioni che avevamo assunto, delle quali ciascuno di

noi magari era convinto, ma che oggi alla prova dell'esperienza maturata in questi anni vanno ripensate. E' così che abbiamo approcciato questa legge, non quindi la necessità di un sussulto di coraggio che induca a qualche improvvisazione, bensì un approccio responsabile e saggio che attiene alla necessità di riordinare i sistemi complessi. Sistemi complessi che non possono essere affrontati mai con una rigidità mentale tale che potrebbe destrutturarli o metterli in fibrillazione.

Questo, tra l'altro, è il modo con il quale abbiamo correttamente governato la sanità in questi anni, con un indirizzo chiaro dovuto alla politica e che oggi ovviamente perfezioniamo, cercando, in più, di responsabilizzarne la gestione.

I risultati che abbiamo ottenuto sono il frutto di tutto questo. Naturalmente va dato merito ai nostri dirigenti, va dato merito al confronto che abbiamo tenuto sul territorio, va reso merito agli operatori del sistema. Operatori che credendo in un progetto ci hanno saputo assecondare, che in questo frangente non si sono sentiti abbandonati alla provvisorietà, che non si sono sentiti lasciati in mezzo a leggi che c'erano ma che non venivano adeguatamente applicate, cosa che avrebbe ovviamente prodotto la destabilizzazione che, come tutti sappiamo, porta a quei disavanzi che abbiamo conosciuto.

E' così che oggi possiamo dunque parlare di uno dei migliori sistemi sanitari del Paese (...) Sì, del Paese, siamo i secondi al mondo! Diciamo che, mettiamola così, siamo i primi dei secondi al mondo. E questo naturalmente non è un vanto che spetta solo alla maggioranza, è un vanto della Regione. Per cui, anche qui, a chi ci dice che questo è dovuto solo al fatto che attraverso l'organizzazione abbiamo messo a posto i conti, voglio ricordare a quest'Aula che le migliori sanità del Paese stanno in quelle Regioni che hanno i conti a posto e che i conti a posto non sono una questione esclusivamente matematica di bilancio, i conti a posto in sanità si possono avere nel momento in cui si risponde in maniera appropriata ai bisogni della propria comunità. Per cui man mano ci incamminavamo su questo tipo di risposte siamo riusciti ad arrivare a quei ai risultati che oggi ci sono riconosciuti. Lo dicono ben quattro Ministri. Lo è venuto a ripetere qui pochi giorni fa il Ministro della salute Fazio, a cui dobbiamo riconoscere, al di là delle posizioni politiche che rappresenta, l'obiettività che ha sempre dimostrato.

Credo sia un vanto per tutti noi se oggi veniamo annoverate tra quelle Regioni che sono considerate punto di riferimento per l'applicazione di quei concetti di federalismo che oggi vengono introdotti nel Paese, e che appunto abbiamo potuto fare grazie al lavoro di questi anni.

E' un sistema però che ha bisogno di riforme.

Il CUP rappresentava una di queste, che è comunque una scelta coraggiosa che abbiamo fatto. C'è stato un approccio tecnico sbagliato - che però ora stiamo valutando -? Sicuramente sì. Abbiamo sbagliato in comunicazione? Sicuramente sì. Ci sono sati limiti in quell'approccio? Sicuramente sì.

Però, vedete, a chi parla di liste di attesa noi porteremo qui i dati, ossia dimostreremo che con l'applicazione del CUP, che sta entrando a regime, oggi possiamo fare 12 mila prenotazioni (siamo arrivati quindi al picco delle prenotazioni), con oltre 8.000 prestazioni giornaliere. Vi accorgete allora che anche le liste di attesa si sono abbassate. Inoltre c'è un dato di cui oggi possiamo essere certi, cioè che noi stiamo riportando dentro il sistema pubblico una parte consistente di quelle prestazioni che avvenivano invece in libera professione, quindi a vantaggio di tutti i nostri cittadini.

E questo è quello che vi dimostreremo qui quando il Presidente porterà le ragioni.

Ma vi pare poco questo! Sono scelte che andavano fatte, poi magari abbiamo sbagliato, abbiamo creato disagi e ce ne siamo scusati, potevamo fare meglio, sicuramente sì, però è indubbio che di quell'atto di riforma forte non potevamo fare a meno.

Come dobbiamo accelerare il percorso di riforma anche strutturale che abbiamo indicato e messo in atto. Perché se le Marche in questi anni hanno saputo collocarsi dentro il ristretto novero delle Regioni migliori del Paese è chiaro che ci resteranno solo se avranno il coraggio delle riforme, però quelle che vanno applicate in maniera adeguata.

La legge di riordino è questa, non serve per fare una rivoluzione, serve per fare tesoro di ciò che abbiamo fatto nel corso di questi anni, cercando di correggere al meglio ciò che è possibile correggere, senza fare strappi che possano in qualche modo disorientare il nostro sistema sanitario.

Questo è quello che stiamo facendo oggi.

E lo dico soprattutto a coloro che qui rivendicano, certo, legittimamente, la personalità giuridica alle aree vaste. Perché abbiamo detto di no? Non è un capriccio, non è una posizione irresponsabile di chi vuole in qualche modo imporre le ragioni di una maggioranza, lo abbiamo fatto in virtù dell'esperienza che abbiamo maturato nel corso di questi anni. La frammentazione che avevamo, con l'autonomia di cui quella frammentazione era dotata, ha prodotto centri di spesa che erano l'affossamento del sistema. Parliamoci chiaro! Quell'autonomia consentiva di disorientare l'indirizzo generale della spesa regionale sulla sanità, perché lì era sollecitata dal basso. Noi in questo senso non è che vogliamo accantonare i territori, i territori li dobbiamo rafforzare, li dobbiamo riportare a discutere della programmazione, dell'indirizzo. Ossia a quel dialogo e confronto che serve con il Governo regionale, in maniera tale che noi potremo orientare bene il

nostro sistema negli indirizzi che appunto la Giunta deve dare. Ma non possono essere scambiati con centri di spesa che rispondono al territorio e che disperdono risorse. Perché così era! Ce la possiamo raccontare in mille modi!

Quando parliamo di separatezza della politica dalla gestione intendiamo dire questo, perché appunto ci portiamo dietro quell'esperienza negativa che era la pietra al collo del sistema sanitario regionale delle Marche.

Ecco perché non vogliamo replicare oggi su un scala più ampia quello che abbiamo conosciuto in passato, perché così sarebbero le aree vaste con la personalità giuridica.

Sappiamo bene che quello è l'ambito dentro il quale è più facile oggi programmare il sistema sul territorio, l'integrazione socio-sanitaria, ne siamo consapevoli. Tant'è che avevamo fatto atti amministrativi che andavano esattamente in quella direzione, che magari come atti amministrativi erano anche deboli e qualche volta disattesi.

Oggi lo facciamo per legge, e ci aggiungiamo con più forza l'essere punto di riferimento anche della contrattazione del livello di area vasta. Perché è chiaro che se vogliamo ottimizzare le risorse economiche ed umane del nostro sistema quello è l'ambito dentro il quale dobbiamo farlo. E stiamo già lavorando così.

Qualcuno dice che non ci sono stati tagli, di certo una cosa c'è stata, il fondo sanitario non è stato aumentato, ma noi avevamo programmato il nostro sistema sanitario sugli 80 milioni che arrivavano in più ogni anno, quella era la nostra destinazione, ed oggi purtroppo non ci sono, ne arriva una parte decisamente inferiore.

Però per questo non abbiamo smarrito i nostri obiettivi, abbiamo solo detto: "acceleriamo il processo delle riforme che abbiamo". Ne siamo obbligati, altrimenti la sanità, così come la conosciamo nelle Marche, non avrebbe un futuro, ritorneremmo indietro a quello che abbiamo conosciuto.

Ecco perché abbiamo detto no alla personalità giuridica dell'area vasta, essendo comunque consapevoli che quello è il luogo da valorizzare per la programmazione.

Abbiamo diviso nettamente, che dunque è un altro elemento di rafforzamento del nostro sistema, l'indirizzo dalla gestione. Io non conosco un altro metodo se non quello di dire: "faccio il mio dovere, do un indirizzo, scelgo i miei dirigenti al massimo livello, naturalmente partendo dalle loro competenze e dai loro curricula, poi lascio a loro la scelta dei collaboratori di cui si vogliono circondare al fine di raggiungere gli obiettivi che diamo noi". E se questi obiettivi non si raggiungono io a questo punto ho un responsabile a cui affidarli. Fino adesso non era così, nel momento in cui veniva meno il raggiungimento degli obiettivi degli indirizzi troppe erano le responsabilità che si disperdevano.

Per cui abbiamo avuto bisogno di definire un modello più chiaro, più responsabile, in cui si abbia chiaro chi ha l'indirizzo, il governo e il controllo e, dall'altra parte, chi deve applicarsi per portare avanti quell'indirizzo e quella programmazione.

Mi pare che questo sia chiaro, netto, e credo che sia anche una necessità più volte rivendicata dagli stessi cittadini e ovviamente da chi li rappresenta, quindi da noi tutti.

C'è stata poi anche una maggiore focalizzazione della governance, il dipartimento è questo. E a chi preoccupato ci dice che facendo un dipartimento della salute e per le politiche sanitarie ci sarà la sanitarizzazione del sociale, rispondo che non è così. Perché si fa capo ad un unico direttore generale con un vice, che quindi concorderanno le politiche socio-sanitarie che andranno a calarsi sul territorio. C'è dunque un punto di riferimento più chiaro per portare avanti quel processo di integrazione che altrimenti farebbe fatica ad essere portato avanti fino in fondo.

Quindi c'è una Giunta che indirizza, che dà le direttive al dipartimento, poi il dipartimento dà le direttive al sistema, Asur compresa con tutte le altre aziende.

Il Presidente Comi, inoltre, ha spiegato benissimo le ragioni per le quali si è passati da una proposta di legge che voleva l'abolizione dell'Agenzia al fatto che oggi, per l'intervento della finanziaria, non è stato più possibile farla. Ci sono dipendenti preoccupati, perché noi con loro avevamo fatto un patto, ovvero quello di una stabilizzazione. Voglio allora ricordare a questo consesso che noi abbiamo risanato i conti della nostra sanità, abbiamo aumentato la qualità del nostro servizio, inoltre siamo una delle pochissime Regioni che nell'arco di un triennio, quando arriveremo alla fine del 2010, avremo stabilizzato circa 2 mila persone, ossia avremo stabilizzato fundamentalmente quei giovani che da troppi anni dentro questo sistema lavoravano in modo precario, a cui noi abbiamo perciò dato una garanzia di futuro. Non sono molte le Regioni che sono state in grado di fare questo, sono pochissime, si contano sulle dita di una mano. Per cui lo stesso avverrà per l'Agenzia, al di là di come noi siamo stati costretti a declinarla. Perché se l'avessimo abolita, come giustamente diceva il Consigliere Comi, avremmo sballato gli indici della Regione e quindi avremmo compromesso la stabilizzazione di coloro che oggi sono ancora precari dentro l'Agenzia. Questo è l'unico modo per garantire quell'impegno che ci siamo assunti con le parti sindacali per portare appunto a compimento questo processo. Quindi dietro le ragioni che riportava il Presidente Comi c'è anche questo. Termino richiamando quest'ultimo aspetto. Sul fatto che è stato rivendicato il ruolo dei territori ho già detto

prima, non mancherà di certo da parte nostra il confronto, non ci sottrarremo a questo. Noi abbiamo varato il piano sanitario precedente scaduto, e quello che arriverà in quest'Aula, spero a breve, lo vareremo passando attraverso la concertazione con tutti i territori, andremo a spiegarlo, perché sta lì dentro, sicché è giusto che i territori, i sindaci, le istituzioni locali, sappiano esattamente dove noi vogliamo portare questo sistema. Senza quel confronto si restringerebbero gli orizzonti anche della nostra visione e pertanto ne andrebbe compromessa la nostra azione amministrativa. Per cui faremo lo stesso e identico percorso che abbiamo fatto con questa legge e lo faremo con la trasparenza con cui l'abbiamo sempre fatto. Non aggiungo altro. Vi ringrazio per il sostegno che darete a questa legge.

Gian Mario SPACCA. Ritengo che alla fine di questo dibattito sia doveroso ringraziare l'Assemblea, ed in modo particolare la V Commissione, per aver voluto costruire un percorso che porterà l'Assemblea legislativa ad esprimere oggi, come mi auguro, un voto favorevole a questo processo di riordino.

E dico processo di riordino, come è stato giustamente definito, perché è una fase di riorganizzazione che dobbiamo compiere all'interno del nostro sistema sanitario, che, come voi ci ricordate, è gran parte del bilancio regionale, in relazione ad uno scenario che appare sempre più difficile e che maggiormente impegna la responsabilità del Governo. E quando parlo del Governo regionale non mi riferisco soltanto alla Giunta regionale, mi riferisco anche all'Assemblea legislativa, perché la funzione di programmazione e di governo è una funzione che appartiene contemporaneamente all'Esecutivo e all'Assemblea legislativa regionale che, insieme, governano la vita della nostra comunità, soprattutto in una materia come questa.

Ci troviamo dinanzi, dicevo, a una strettoia che non è fatta soltanto dai dati che qui sono stati riportati sulla programmazione finanziaria della sanità (ci sono 80 milioni di euro in meno nei prossimi tre anni con cui costruire un disegno che dia ai nostri cittadini comunque copertura rispetto ai loro bisogni fondamentali di salute), ma dall'altra parte c'è anche ciò che richiama fortemente le nostre responsabilità.

Voi sapete che è in corso di approvazione il decreto sul federalismo, è una delle richieste più forti che arrivano da una parte dell'attuale maggioranza che governa il Paese. Ebbene, in questo disegno di legge che riguarda il federalismo si prevede un nuovo istituto, quello del fallimento politico. Se mandi in dissesto un Comune o se mandi in dissesto il bilancio regionale, con riferimento a un capitolo fondamentale come quello della sanità, sei tu direttamente responsabile. E le punizioni non coinvolgeranno solo il governatore – sto citando le parole del Presidente della Commissione tecnica sul federalismo fiscale Luca Antonini –, ma anche tutte le forze politiche che lo sostengono. In casi di mala gestione, infatti, ci potrà essere anche il taglio del finanziamento pubblico ai partiti della coalizione che appoggiano quel tipo di scelta politica. Per cui sono tutte le forze politiche che si devono concentrare sull'obiettivo di un corretto uso del denaro pubblico.

Ecco, quello che si prepara è dunque un richiamo forte al senso di responsabilità di chi governa un'istituzione, in questo caso la Regione. Quindi noi in questo processo di riordino, che non si completa oggi, ovvero perseguiremo una logica di gradualismo, cerchiamo di definire la migliore organizzazione possibile per la sanità regionale, in modo da non entrare in un processo di default o di criticità che ci porterebbe a far emergere delle responsabilità che sicuramente non onorerebbero noi e l'istituzione che rappresentiamo.

Quindi questa è la nostra preoccupazione e su questo abbiamo fatto una riflessione, chiedendo sicuramente anche tempi brevi che però non interrompessero, non ostacolassero un dibattito compiuto.

Gradualismo perché le difficoltà, come vedete, ogni giorno crescono, quindi dobbiamo adattare il nostro modello organizzativo alla strategia.

In questa fase sono emerse alcune difficoltà e alcune criticità – che sono state anche rilevate, voi stessi lo avete fatto – ed una delle questioni più importanti era uscire da quella fase di tipo emergenziale con cui abbiamo vissuto in questi cinque anni; non dimentichiamo, infatti, che noi eravamo la Regione più indebitata d'Italia, ogni anno avevamo un deficit di 158 milioni di euro che si cumulava a quello dell'anno precedente. Quindi uscire da questa situazione drammatica attraverso l'istituzione dell'Asur è stata forse l'operazione più importante che l'Assemblea legislativa e il Governo regionale hanno fatto negli ultimi cinque-sei anni, da quando, mi pare fosse il 2004, avevamo ancora 55 milioni di euro di disavanzo, che dunque abbiamo ridotto nel 2006 fino ad arrivare nel 2007 a pareggio.

Questo modello fortemente centralizzato sotto il profilo della programmazione, ma che allo stesso tempo lasciava ai territori, attraverso i budget che venivano loro assegnati con grande rigore, la possibilità di gestire la sanità in corrispondenza ai loro bisogni, ha funzionato.

Però oggi non è più sufficiente, dobbiamo uscire da questa logica di tipo emergenziale che ha caratterizzato questi cinque anni, per dotarci di una organizzazione più ordinata e trasparente, quindi lo facciamo con questa proposta di legge di riordino che istituisce il dipartimento. Il dipartimento è l'elemento che fa da cuscinetto tra la funzione che esprime l'Assemblea legislativa e l'Esecutivo regionale, poi questi danno gli indirizzi alla struttura gestionale attraverso appunto il dipartimento.

E noi abbiamo verificato in molti casi che questi indirizzi di governo spesso non vengono attuati – spesso non vengono attuati! –; recentemente abbiamo avuto un caso clamoroso, su cui ritorneremo tra qualche

settimana. Quindi c'è la necessità di costituire un punto forte come il dipartimento che sia in grado di tradurre gli indirizzi e le strategie del Governo regionale e dell'Assemblea legislativa alla struttura gestionale. Questo lo si fa, ripeto, attraverso il dipartimento.

Il dipartimento implementa gli indirizzi dell'Assemblea legislativa e della Giunta regionale non soltanto con riferimento all'Asur. Qui le personalità giuridiche, su cui voi vi soffermate, non sono soltanto riferite all'Asur, ma sono dell'Ospedale Riuniti, ovvero Torrette come siamo soliti chiamarlo, sono di Marche Nord, sono dell'Inrca. Quindi il dipartimento coordina e implementa quattro soggetti operativi gestionali della sanità. Dunque il dipartimento non ha un compito facile. Non c'è una sovrapposizione tra dipartimento e Asur. L'Asur è uno dei quattro elementi organizzativi, gestionali della sanità regionale.

Quindi c'è bisogno di uniformare e coordinare queste quattro strutture di carattere gestionale nel rispetto degli indirizzi che noi diamo attraverso la nostra programmazione che è fatta di questa materia di organizzazione.

Ma che è fatta anche dal piano sanitario regionale, ed è lì che ci confrontiamo, è lì che avviene la funzione di governo, è lì che i Sindaci e i Presidenti di Provincia devono essere chiamati ad esprimere le loro valutazioni nel definire come deve essere organizzata la strategia della sanità regionale, non nella scelta dei direttori di zona.

Questa è una richiesta che il Consigliere Marinelli, che oggi non c'è, ci fa sistematicamente, ovvero separare la politica dalla gestione, la politica in senso nobile, come Governo e come programmazione dalla gestione. E noi abbiamo fatto questo. Nel momento in cui diciamo che il Governo regionale, Assemblea legislativa e Giunta, fa la programmazione, finisce lì, ossia dà degli indirizzi che devono essere poi implementati attraverso il dipartimento dall'Asur, da Torrette, da Marche Nord e dall'Inrca.

Dopodiché è chiaro che se questi indirizzi non vengono rispettati, attraverso una funzione di controllo, si devono richiamare delle responsabilità. Ma tu non puoi dire, giustamente come diceva l'Assessore, a un direttore di un soggetto complesso come l'Asur, come l'Inrca, come Torrette, come Marche Nord, di nominare tu i suoi dirigenti sanitari o i suoi dirigenti amministrativi, perché poi non gli potrai mai chiedere perché non ha raggiunto gli obiettivi che tu gli hai proposto.

Questa è la separazione che è stata introdotta, ecco perché non c'è più la possibilità di esprimere dei pareri o delle valutazioni sui direttori di zona o sui direttori di area vasta, perché quella è una competenza del direttore delle quattro organizzazioni che definiscono l'ossatura e lo scheletro della sanità regionale e su cui poi si esprimerà la valutazione del Governo regionale che è fatto, lo ripeto, dall'Assemblea legislativa e dalla Giunta.

Ora, se ci saranno delle variazioni, come stiamo facendo oggi, al nostro modello organizzativo, che oggi è fatto del dipartimento che coordina Asur, Torrette, Marche Nord e Inrca, e l'Asur a sua volta è articolata attraverso le aree vaste e le zone, non si capisce perché da parte vostra siano state fatte alcune eccezioni. Ad esempio non si capisce perché continuate a dire che non è chiaro quale sia il confine delle aree vaste, che coincidono con le province. E se domani ci sarà un'evoluzione verso una coincidenza tra le zone e le aree vaste probabilmente questo tipo di orientamento permarrà, a meno che non ci siano delle esigenze di carattere gestionale che faranno dire ai nostri tecnici che sarebbe più opportuna un'articolazione o una concentrazione differente. Ma questo comunque lo decideremo qui, come oggi abbiamo deciso qui quale tipo di riordino effettuare rispetto all'organizzazione della nostra sanità.

Un'altra cosa che volevo dire è riguardo all'Agenzia. Ecco, anche qui, non ci potete caricare a noi la responsabilità di provvedimenti che sono stati invece adottati dal Governo nazionale. Quel Governo nazionale che condiziona appunto anche le nostre scelte, pur avendo noi con il Governo nazionale, aggiungo, un rapporto molto positivo e propositivo. Le fotografie che ci facciamo, Consigliere Massi, non sono il frutto di una impostazione rituale o narcisistica, sono il frutto degli accordi di programma che costruiamo insieme ai Ministri del vostro Governo, che ci offrono delle possibilità di collaborazione. Quelle che molto spesso voi in quest'Aula non ci offrite! Infatti voi continuate ad offrire al Governo regionale una posizione molto spesso pregiudiziale e velleitaria e che non è minimamente costruttrice di un disegno organico per l'organizzazione della vita della nostra comunità. Questo è il vostro problema! E se voi nelle elezioni regionali, che sono diverse dai sondaggi e sono diverse dalle opinioni, per due volte non riuscite a superare la barriera del 40%, ci sarà pure un motivo! E' perché non fate questa azione vera di confronto sulle cose concrete e progettuali che possono essere utili alla vita della nostra comunità. Cosa che invece, ripeto, il vostro Governo nazionale ci consente quando appunto insieme costruiamo disegni che riguardano infrastrutture o perfino disegni che riguardano la sanità regionale e nazionale, come è successo ultimamente con l'Inrca.

Allora la sfida non è tanto velleitaria su aspetti marginali, ma è sulle proposte concrete. E la sfida noi la rilanciamo.

Sull'Agenzia siamo convinti della necessità della sua soppressione, solo che in questo momento non lo possiamo fare, perché se oggi eliminiamo e incorporiamo il suo personale nell'organico regionale ci scatta una penalizzazione, come prevede la Finanziaria, rispetto al trasferimento dei fondi, e questo non ce lo

possiamo permettere.

Quindi manteniamo l'Agenda in via formale, ma sostanzialmente l'accorpamo al Dipartimento affinché possa essere elemento di organizzazione della nostra sanità. E il direttore dell'Agenda sarà lo stesso del Dipartimento, in modo che questo processo avvenga nel modo migliore ed opportuno.

Sul discorso della personalità giuridica all'area vasta non mi soffermo perché è stato già detto. Chiaramente non è possibile che a quattro personalità giuridiche, Asur, Inrca, Torrette, Marche Nord, ci si aggiungano altre cinque personalità giuridiche date ad altri cinque soggetti, che porterebbero così a nove le aree di autonomia nella nostra sanità, con inevitabile espansione della spesa e con un risultato che non ci possiamo permettere.

Ma in ogni caso il risultato che voi proponete, ossia quello di organizzare la nostra sanità nell'organizzazione dell'area vasta, lo raggiungeremo con gradualismo, consentendo al nostro territorio di organizzarsi nel migliore dei modi.

Quindi vogliamo proseguire su questa strada.

Ora non la voglio fare più lunga perché le cose essenziali le ho dette, ma vorrei aggiungere ancora una cosa. Oltre al fatto dei conti c'è un altro aspetto che dovete considerare, ovvero che in questo periodo abbiamo costruito, insieme, come ha detto benissimo l'Assessore, per cui con tutti gli attori del nostro sistema sanitario, una sanità che oggi fa onore alle Marche, fa onore al Governo regionale, fa onore all'Assemblea legislativa. Fa inoltre onore a tutti noi, che è quello che i cittadini vogliono, perché i cittadini vogliono un'istituzione che sia all'altezza dei bisogni che loro esprimono.

Perché oggi di casi di malasanità nel nostro Paese in termini numerici da aprile 2009 a metà settembre 2010 sono stati così misurati: in Calabria se ne sono verificati 64, in Sicilia 52, in Puglia 15, in Campania 15, in Lombardia 15, in Veneto 14, in Toscana 12, in Emilia Romagna 9, in Liguria 8, in Piemonte 6, nel Lazio 2, in Friuli 2, in Abruzzo 2, in Umbria, Basilicata e Trentino Alto Adige 1, nelle Marche 1.

Credo che questo sia un altro indicatore che vi diamo per certificare che quello che i vostri Ministri dicono, da Brunetta a Fazio a Tremonti a Sacconi, non è una cosa campata in aria, ma è basata su dati oggettivi, come appunto è questo dato sulla malasanità nel nostro Paese.

Allora date il vostro contributo affinché ci siano ulteriori possibilità di miglioramento, che non è quel tipo di dibattito o quel tipo di argomentazioni che voi oggi avete offerto a quest'Aula. Per anni avete predicato il catastrofismo della sanità, per anni avete detto che i conti della sanità regionale sarebbero saltati, che con le scelte che abbiamo fatto quattro anni orsono – lo dico ai Consiglieri che erano qui nella scorsa legislatura – avremmo dilaniato la sanità regionale, che avremmo ridotto la sanità regionale come, leggo, la steppa russa o il deserto dei Tartari. No, la storia è andata esattamente al contrario di quello che avevate previsto. Fate allora un'operazione di onestà intellettuale, pensate a quello che avete detto in questi anni e a quello che è successo dopo.

Però oggi riproponete ancora lo stesso schema, annunciate la catastrofe. Certo, probabilmente avremo difficoltà, perché lo scenario è quello, è uno scenario di grande difficoltà, ne siamo consapevoli, ma noi ci attrezziamo per affrontarle con grande principio di responsabilità, dunque per far sì che la nostra Regione non sia né commissariata né tutorata. Noi vogliamo che la sanità rimanga nelle mani dei nostri cittadini, che attraverso i loro rappresentanti, Consiglieri e Assessori, la vogliono gestire nel migliore dei modi.

DELIBERAZIONE LEGISLATIVA APPROVATA DALL'ASSEMBLEA LEGISLATIVA REGIONALE
NELLA SEDUTA DEL 16 NOVEMBRE 2010, N. 25

MODIFICHE ALLA LEGGE REGIONALE 20 GIUGNO 2003 N. 13
“RIORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE”



Art. 1*(Modifiche all'articolo 1 della l.r. 13/2003)*

1. La rubrica dell'articolo 1 della legge regionale 20 giugno 2003, n. 13 (Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale) è sostituita dalla seguente: "(Principi)".

2. Al comma 1 dell'articolo 1 della l.r. 13/2003, le parole "dalle aziende di cui all'articolo 2" sono sostituite dalle parole: "dagli enti di cui all'articolo 2" e le parole "delle aziende stesse" sono sostituite dalle parole: "degli stessi enti".

3. Il comma 3 dell'articolo 1 della l.r. 13/2003 è abrogato.

Art. 2*(Modifiche all'articolo 2 della l.r. 13/2003)*

1. La rubrica dell'articolo 2 della l.r. 13/2003 è sostituita dalla seguente: "(Enti del servizio sanitario regionale)".

2. Il comma 1 dell'articolo 2 della l.r. 13/2003 è sostituito dal seguente:

"1. Per enti del servizio sanitario regionale si intendono, ai fini della presente legge:

- a) l'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR), con sede in Ancona;
- b) le Aziende indicate al comma 1 bis;
- c) l'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico per anziani (INRCA) di Ancona."

3. Dopo il comma 1 dell'articolo 2 della l.r. 13/2003, sostituito dal comma 2 del presente articolo, è inserito il seguente:

"1bis. Per Aziende ospedaliere, ai fini della presente legge, si intendono l'Azienda ospedaliera universitaria "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi" con sede in Ancona e l'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" con sede a Pesaro."

4. Il comma 2 dell'articolo 2 della l.r. 13/2003 è sostituito dal seguente:

"2. Le Aziende di cui al comma 1 sono dotate di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale ai sensi della normativa statale vigente."

5. Il comma 3 dell'articolo 2 della l.r. 13/2003 è sostituito dal seguente:

"3. L'ASUR è articolata in aree vaste, in zone territoriali e in distretti."

6. Il comma 6 dell'articolo 2 della l.r. 13/2003 è sostituito dal seguente:

"6. L'Azienda ospedaliera universitaria "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi", nata dalla fusione delle aziende ospedaliere "Umberto I" e "G.M. Lancisi e G. Salesi", concorre sia al raggiungimento degli obiettivi della pianificazione socio sanitaria re-

gionale che alla realizzazione dei compiti istituzionali dell'Università. Sono articolazioni organizzative dell'Azienda ospedaliera universitaria i presidi di alta specializzazione di cui all'articolo 17."

7. Dopo il comma 6 dell'articolo 2 della l.r. 13/2003, come sostituito dal comma 6 del presente articolo, è aggiunto il seguente:

"6 bis. L'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" è disciplinata dalla legge regionale 22 settembre 2009, n. 21 (Istituzione dell'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord"). L'INRCA è disciplinato dalla legge regionale 21 dicembre 2006, n. 21 (Disposizioni in materia di riordino della disciplina dell'Istituto ricovero e cura a carattere scientifico "INRCA" di Ancona)."

Art. 3*(Sostituzione dell'articolo 3 della l.r. 13/2003)*

1. L'articolo 3 della l.r. 13/2003 è sostituito dal seguente:

"Art. 3 (Funzioni della Giunta regionale)

1. La Giunta regionale, nel rispetto del piano socio-sanitario regionale, esercita le funzioni di indirizzo e controllo in materia di sanità e di integrazione socio-sanitaria.

2. La Giunta regionale, in particolare:

- a) adotta gli atti di indirizzo interpretativi e applicativi della normativa;
- b) definisce gli obiettivi specifici per gli enti del servizio sanitario regionale;
- c) impartisce direttive per i Direttori generali, con particolare riguardo:
 - 1) all'applicazione uniforme, da parte delle aziende, dei contratti collettivi nazionali, compresi quelli relativi all'area della dirigenza medico-veterinaria;
 - 2) allo svolgimento della contrattazione decentrata integrativa da parte delle delegazioni trattanti di parte pubblica;
 - 3) al controllo della spesa e ai limiti relativi alla stipula di contratti dirigenziali a tempo determinato e al conferimento di incarichi di natura occasionale o coordinata e continuativa a carattere amministrativo e contabile;
 - 4) all'esecuzione di opere e lavori e all'acquisizione di servizi e forniture;
 - 5) alla gestione dei sistemi informativi;
 - 6) all'integrazione funzionale degli enti del servizio sanitario regionale;
- d) delimita le aree vaste, su proposta del Direttore generale dell'ASUR;
- e) assegna agli enti del servizio sanitario regionale e all'Agenzia regionale sanitaria (ARS)

10/10/10

- le risorse destinate al finanziamento del servizio sanitario regionale ai sensi della normativa vigente e stabilisce la quota riservata alla Regione per l'esercizio delle attività di competenza delle strutture regionali;
- f) approva gli atti aziendali di cui all'articolo 5 e le modifiche degli stessi;
- g) effettua il controllo della spesa e vigila sull'imparzialità e il buon andamento dell'attività e sulla qualità dell'assistenza, anche mediante l'esercizio dell'attività ispettiva;
- h) promuove la progettazione ed assicura il funzionamento del sistema informativo sanitario integrato. A tal fine individua i sistemi informativi di rilievo regionale e provvede alla loro attivazione e alla gestione del data center e delle infrastrutture telematiche;
- i) approva il piano di valorizzazione del patrimonio immobiliare, che individua i termini e le modalità per le alienazioni e i criteri per la destinazione del ricavato, ai sensi dell'articolo 35 della legge regionale 28 luglio 2009, n. 18 (Assestamento del bilancio 2009);
- l) approva il programma di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato. Legge finanziaria 1988), e individua gli interventi a diretta realizzazione regionale;
- m) provvede ad assicurare l'erogazione, da parte delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio sanitario regionale, dei nuovi servizi previsti dal decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153 (Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonché disposizioni in materia di indennità di residenza per i titolari di farmacie rurali, a norma dell'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69);
- n) determina i criteri e le modalità per l'autorizzazione, la vigilanza e l'accreditamento delle strutture pubbliche e private;
- o) definisce, ai sensi dell'articolo 23 della legge regionale 16 marzo 2000, n. 20 (Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private), gli accordi quadro con le organizzazioni di categoria relativi alla conclusione dei contratti di cui all'articolo 8 quinquies, comma 2, del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421);
- p) nomina e revoca i direttori generali degli enti del servizio sanitario regionale e designa i

membri del Collegio sindacale di competenza regionale dell'ASUR e delle Aziende ospedaliere;

- q) designa i componenti di competenza regionale nelle commissioni esaminatrici di cui al d.p.r. 10 dicembre 1997, n. 483 (Regolamento recante la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale), fermo restando quanto previsto dalla legge regionale 6 novembre 2007, n. 15 (Incarichi di direzione di struttura complessa del servizio sanitario regionale);
- r) effettua il controllo sugli atti generali degli enti del servizio sanitario regionale nei casi e nei modi previsti dalla legge;
- s) esercita, in caso di inerzia da parte degli enti del servizio sanitario regionale e previa diffida, i necessari poteri sostitutivi;
- t) adotta gli atti necessari ad assicurare l'integrazione socio-sanitaria.

3. Le direttive di cui al comma 2, lettera c), numero 1) sono adottate previo confronto con le organizzazioni sindacali che hanno sottoscritto il contratto collettivo nazionale di lavoro.

4. Il budget generale degli enti del servizio sanitario regionale, allegato al bilancio economico preventivo annuale degli enti medesimi, contiene i budget destinati ai progetti regionali.

5. La Giunta regionale mette a disposizione dei soggetti della partecipazione informazioni e dati conoscitivi sul funzionamento del sistema sanitario regionale anche con l'utilizzo delle moderne tecnologie informatiche.”

Art. 4

(Inserimento dell'articolo 3 bis nella l.r. 13/2003)

1. Dopo l'articolo 3 della l.r. 13/2003 è inserito il seguente:

“Art. 3 bis (Dipartimento per la salute e per i servizi sociali)

1. E' istituito nell'ambito delle strutture organizzative della Giunta regionale il dipartimento per la salute e per i servizi sociali.

2. Il dipartimento ha competenza in materia di sanità e di servizi sociali.

3. Il direttore del dipartimento è nominato dalla Giunta regionale ai sensi dell'articolo 28 della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 (Norme in materia di organizzazione e di personale della Regione). Allo stesso può essere attribuita anche la direzione dell' ARS.

4. Il direttore del dipartimento assicura l'esercizio organico e integrato delle funzioni degli enti del servizio sanitario regionale e promuove l'integrazione con il sistema regionale dei servizi sociali.

stop

5. Il direttore del dipartimento in particolare:

- a) propone alla Giunta regionale ed al Presidente gli atti di competenza ed esprime il parere di legittimità e di regolarità tecnica;
- b) definisce i rapporti tra gli enti del servizio sanitario regionale e stabilisce le procedure per la collaborazione tra gli stessi;
- c) verifica il perseguimento degli obiettivi del piano socio-sanitario regionale da parte degli ambiti territoriali sociali.

6. Il direttore del dipartimento predispone le proposte di atto di cui all'articolo 3, comma 2, lettere a), b), c), e), h), i), l) e n), sentiti i Direttori generali degli enti del servizio sanitario regionale.

7. Le proposte di atto che coinvolgono materie di competenza di altre strutture organizzative della Giunta regionale sono predisposte d'intesa con i dirigenti delle strutture medesime.

8. Per l'esercizio delle funzioni il direttore del dipartimento si avvale delle strutture dello stesso dipartimento e dell'ARS.

9. Nell'ambito del dipartimento sono istituite apposite strutture dirigenziali per l'esercizio delle funzioni concernenti i servizi sociali.

10. Le strutture dirigenziali di cui al comma 9 sono coordinate da un'apposita posizione di funzione. Il relativo dirigente assume le funzioni di vicedirettore del dipartimento e, congiuntamente al direttore del dipartimento:

- a) propone alla Giunta regionale ed al Presidente gli atti di competenza in materia di servizi sociali;
- b) esprime il parere di legittimità e di regolarità tecnica sugli atti di cui alla lettera a).

11. Ai fini dell'applicazione della l.r. 20/2001, il dipartimento e il relativo direttore sono equiparati rispettivamente al servizio e al dirigente di servizio competente in materia di sanità. Le funzioni di cui all'articolo 5, comma 3, lettera a), numero 1), della l.r. 20/2001 sono svolte dal segretario generale, sentito il direttore del dipartimento. Al direttore del dipartimento non si applicano le disposizioni di cui all'articolo 5, comma 3, lettera b), della l.r. 20/2001. ”.

Art. 5

(Modifiche all'articolo 4 della l.r. 13/2003)

1. Il comma 1 dell'articolo 4 della l.r. 13/2003 è sostituito dal seguente:

“1. Sono organi dell'ASUR il direttore generale e il collegio sindacale.”.

2. Il comma 4 dell'articolo 4 della l.r. 13/2003 è sostituito dal seguente:

“4. Il direttore generale convoca periodicamente i coordinatori di area vasta. I coordinatori

di area vasta, in particolare, sono sentiti in merito:

- a) all'individuazione delle innovazioni di prodotto per soddisfare le necessità e le preferenze degli utilizzatori dei servizi, nell'ambito dei piani di attività dell'ASUR;
- b) alla definizione dei programmi di sviluppo delle risorse umane e delle azioni organizzative necessarie per l'attuazione delle strategie aziendali, inclusi i processi di mobilità del personale conseguenti alla riorganizzazione, nonché la consistenza e le variazioni delle dotazioni organiche delle strutture operanti nei diversi ambiti;
- c) alla promozione dell'integrazione dei servizi dell'ASUR anche con quelli svolti dai soggetti esterni, inclusa la definizione, il monitoraggio e la verifica degli accordi contrattuali con gli altri enti del servizio sanitario regionale e con erogatori privati, nonché con gli enti locali, sia nell'ambito di programmi intersettoriali di prevenzione sia per le attività socio-assistenziali;
- d) alla valutazione del raggiungimento degli obiettivi aziendali;
- e) alla definizione dei contenuti dell'atto aziendale;
- f) all'elaborazione di proposte ed istruzioni finalizzate ad assicurare comportamenti uniformi da parte delle strutture decentrate.”.

3. Al comma 6 dell'articolo 4 della l.r. 13/2003 le parole “, aggiornato entro il mese di gennaio di ciascun anno” sono soppresse.

4. Il comma 7 dell'articolo 4 della l.r. 13/2003 è sostituito dal seguente:

“7. Il compenso del Direttore generale dell'ASUR è stabilito dalla Giunta regionale. Il compenso dei direttori generali delle Aziende ospedaliere, dei coordinatori di area vasta e dei direttori di zona, articolato per fasce omogenee in relazione ai posti letto, alla popolazione servita e all'entità del budget assegnato, è stabilito dalla Giunta regionale in misura inferiore al compenso stabilito dalla Giunta regionale medesima per il Direttore generale dell'ASUR.”.

5. Il comma 8 dell'articolo 4 della l.r. 13/2003 è sostituito dal seguente:

“8. Entro il mese di marzo di ciascun anno, il Direttore generale dell'ASUR procede alla verifica dei risultati conseguiti dai coordinatori di area vasta e dai direttori di zona e, conseguentemente, alla conferma o meno degli stessi. Il Direttore generale dell'ASUR, qualora ricorrano le circostanze di cui all'articolo 3 bis del d.lgs. 502/1992, procede alla risoluzione del contratto con i direttori di zona.”.

10/10/10

Art. 6

(Modifiche all'articolo 5 della l.r. 13/2003)

1. Al comma 1 dell'articolo 5 della l.r. 13/2003 le parole "di cui all'articolo 3, comma 1 bis, del d.lgs 502/1992" sono soppresse.

2. Il comma 2 dell'articolo 5 della l.r. 13/2003 è sostituito dal seguente:

"2. L'atto aziendale o le sue modificazioni sono adottati dal Direttore generale, sulla base degli indirizzi e criteri determinati dalla Giunta medesima sentita la competente commissione assembleare. Le modifiche dell'atto aziendale dell'ASUR sono altresì adottate sentiti i coordinatori di area vasta."

Art. 7

(Modifiche all'articolo 8 della l.r. 13/2003)

1. Al comma 1 dell'articolo 8 della l.r. 13/2003 le parole "ed i dipartimenti di zona" sono sostituite dalle parole "e, per quanto riguarda l'ASUR i dipartimenti di area vasta".

2. Il comma 2 dell'articolo 8 della l.r. 13/2003 è sostituito dal seguente:

"2. I direttori dei dipartimenti di area vasta e dei dipartimenti delle Aziende ospedaliere, individuati tra i dirigenti delle professioni sanitarie afferenti alle singole aree, infermieristico-ostetrica, tecnica, della riabilitazione e della prevenzione, sono nominati rispettivamente dal Direttore generale dell'ASUR e dai Direttori generali delle Aziende ospedaliere."

3. L'alinea del comma 3 dell'articolo 8 della l.r. 13/2003 è sostituito dal seguente:

"I direttori dei dipartimenti di area vasta e dei dipartimenti delle Aziende ospedaliere partecipano alla definizione delle linee strategiche e delle politiche aziendali relative ai processi ed ai programmi di competenza e sono responsabili:"

4. Il comma 4 dell'articolo 8 della l.r. 13/2003 è sostituito dal seguente:

"4. Nelle Aziende ospedaliere per ogni area infermieristico-ostetrica, tecnica, della riabilitazione e della prevenzione, viene nominato un dirigente."

5. Dopo il comma 4 dell'articolo 8 della l.r. 13/2003, sono inseriti i seguenti:

"4 bis. I Dipartimenti di area vasta sono costituiti da almeno un dirigente per ogni zona territoriale, garantendo un dirigente infermieristico presso ciascuna zona territoriale e la presenza di almeno un dirigente per area tecnica, della riabilitazione e della prevenzione nel complesso dell'ASUR. In ciascuna zona territoriale le aree non coperte dal dirigente sono rappresentate da posizioni organizzative.

4 ter. Il Direttore generale individua tra i dirigenti di area vasta un dirigente per ciascuna area professionale cui assegnare funzioni di indirizzo e coordinamento. Tali funzioni sono esercitate a livello centrale a supporto della direzione generale."

6. Il comma 5 dell'articolo 8 della l.r. 13/2003 è sostituito dal seguente:

"5. Il direttore del dipartimento di area vasta delle professioni infermieristico-ostetriche, tecniche, della prevenzione e della riabilitazione è individuato dal Direttore generale tra i dirigenti indicati al comma 4 bis."

7. Dopo il comma 5 dell'articolo 8 della l.r. 13/2003, sostituito dal comma 6 del presente articolo è aggiunto il seguente:

"5 bis. L'atto aziendale può prevedere l'istituzione di un'area sociale professionale secondo gli indirizzi dettati dalla Giunta regionale."

Art. 8

(Consulta delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione ostetrica)

1. E' istituita presso la Giunta regionale la Consulta delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione ostetrica.

2. La Consulta è composta da un rappresentante regionale dei collegi e delle associazioni professionali per ognuna delle ventidue professioni sanitarie riconosciute dal Sistema sanitario nazionale e costituita secondo le modalità determinate dalla Giunta regionale, sentita la competente commissione assembleare.

3. La Consulta fornisce parere obbligatorio agli organi regionali competenti sugli atti relativi alle professioni di cui al presente articolo.

4. I pareri sono espressi nel termine di quindici giorni dalla richiesta; decorso inutilmente tale termine gli atti possono essere adottati prescindendo dal parere medesimo.

5. La Giunta regionale e l'Assemblea legislativa possono richiedere alla Consulta pareri su atti diversi da quelli indicati al comma 3.

Art. 9

(Inserimento del Capo II bis nella l.r. 13/2003)

1. Dopo il Capo II della l.r. 13/2003 è inserito il seguente:

"CAPO II bis - Organizzazione centrale e di area vasta

Art. 8 bis (Funzioni dell'ASUR)

1. L'ASUR, nel rispetto degli obiettivi assegnati e delle direttive impartite dalla Giunta regionale, esercita a livello centralizzato le funzioni

stop
j

di indirizzo, coordinamento e controllo dell'attività aziendale e di area vasta, nonché le funzioni concernenti:

- a) la contabilità e il bilancio;
- b) il controllo di gestione;
- c) la tesoreria unica;
- d) i sistemi informativi aziendali;
- e) il contenzioso e la consulenza legale;
- f) la gestione del patrimonio immobiliare relativamente agli atti di alienazione, permuta e costituzione di diritti reali;
- g) l'esecuzione di opere e lavori e l'acquisizione di beni e servizi;
- h) la gestione dei magazzini e della logistica;
- i) l'amministrazione del personale della direzione centrale, comprese le procedure di reclutamento e la valutazione dei dirigenti;
- l) l'autorizzazione alla stipula dei contratti dirigenziali a tempo determinato e al conferimento di incarichi di natura occasionale o coordinata e continuativa a carattere amministrativo o contabile.

2. Il Direttore generale dell'ASUR:

- a) adotta l'atto aziendale, il piano strategico, il bilancio preventivo economico annuale e pluriennale, il bilancio di esercizio, la dotazione organica, che definisce la consistenza qualitativa e quantitativa del personale, e la programmazione del fabbisogno;
- b) approva i regolamenti attuativi, i budget di area vasta e l'articolazione di area vasta della dotazione organica e la programmazione del fabbisogno di personale di area vasta, tenuto conto del confronto effettuato con le delegazioni di parte sindacale di area vasta;
- c) impartisce direttive per l'approvazione dei piani di area vasta, dei budget di zona e per l'assegnazione del personale alle zone;
- d) nomina e revoca i direttori di zona e, nell'ambito dei Collegi di area vasta, i relativi coordinatori, che mantengono le funzioni di direttori di zona.

3. L'atto aziendale, il piano strategico, il bilancio preventivo economico annuale e pluriennale, il bilancio di esercizio ed i budget di area vasta sono sottoposti al previo confronto con le organizzazioni sindacali. La dotazione organica, la programmazione del fabbisogno di personale, l'articolazione di area vasta della dotazione organica e della programmazione del fabbisogno di personale, nonché le direttive per l'assegnazione del personale alle zone sono sottoposti ad informazione, concertazione e contrattazione, nel rispetto delle disposizioni del contratto nazionale di lavoro.

4. Per l'acquisizione di beni, la prestazione di servizi, ad eccezione di quelli di natura intellet-

tuale, e la realizzazione di lavori di manutenzione non programmabili, l'ASUR valuta, in via prioritaria, la possibilità di concludere accordi quadro di cui all'articolo 3, comma 13, del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163 (Codice degli contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE), anche articolati in lotti in ragione della competenza di ciascuna zona territoriale, prevedendo nel bando di gara il divieto di aggiudicazione di più lotti a favore del medesimo operatore economico.

5. Il Direttore generale può delegare alle aree vaste le funzioni concernenti l'esecuzione di opere e lavori, l'acquisizione di beni e servizi, la gestione dei magazzini e della logistica.

6. Su richiesta degli altri enti del servizio sanitario regionale, l'ASUR può operare come centrale di committenza per conto degli stessi, ai sensi delle disposizioni statali vigenti, per l'acquisizione di forniture o servizi, per l'aggiudicazione di appalti o la conclusione di accordi quadro di lavori, forniture o servizi.

7. L'ASUR, secondo quanto indicato dal piano socio-sanitario regionale, promuove intese con l'INRCA per la riqualificazione della rete ospedaliera al fine di assicurare l'integrazione funzionale delle prestazioni e il coordinamento operativo relativo alla prevenzione secondaria delle patologie cronico-degenerative degli anziani.

Art. 8 ter - (Area vasta).

1. L'area vasta costituisce l'entità di riferimento per l'ottimizzazione dei servizi, per la programmazione integrata e il coordinamento tra zone confinanti.

2. In ciascuna area vasta è istituito il Collegio di area vasta, composto dai direttori delle zone territoriali comprese nella stessa area vasta.

3. Il Collegio è presieduto dal coordinatore di area vasta e decide a maggioranza dei componenti. In caso di parità, prevale il voto del coordinatore. Le decisioni del Collegio sono vincolanti per i direttori delle zone territoriali.

4. Il Collegio di area vasta:

- a) approva, in conformità con le direttive del Direttore generale dell'ASUR, il piano di area vasta e i budget di zona e assegna il personale alle zone, sentite le organizzazioni sindacali che hanno sottoscritto il contratto collettivo nazionale di lavoro del comparto;
- b) nomina la delegazione di parte pubblica, che è presieduta dal coordinatore di area vasta;
- c) assume iniziative finalizzate allo sviluppo e al miglioramento dei servizi erogati.

5. Il coordinatore:

- a) rappresenta l'ASUR ai fini della contrattazione decentrata integrativa;

10/10/10
J

b) è responsabile della contrattazione, dell'organizzazione e della gestione del personale, fatte salve le funzioni delegate ai direttori di zona;

c) gestisce le relazioni sindacali.

6. La contrattazione è effettuata dalla delegazione trattante di area vasta.

7. I contratti decentrati integrativi sottoscritti a livello di area vasta sono definitivi.

8. Sono esercitate a livello di area vasta:

a) le funzioni concernenti l'assistenza sanitaria individuate nell'atto aziendale;

b) le funzioni concernenti l'amministrazione del personale, comprese le procedure di reclutamento, la mobilità tra le zone e la valutazione della dirigenza, il supporto al controllo di gestione, il rischio clinico;

c) le funzioni concernenti l'acquisizione di beni e servizi, l'esecuzione di opere e lavori, nonché la gestione dei magazzini e della logistica, delegate dal Direttore generale e le funzioni concernenti la gestione del patrimonio immobiliare con riferimento agli atti di disposizione diversi da quelli concernenti l'alienazione, la permuta e la costituzione di diritti reali.

9. Il Collegio di area vasta individua le zone territoriali nelle quali sono esercitate le funzioni di area vasta.

10. Il coordinatore adotta i provvedimenti necessari per assicurare il funzionamento delle relative strutture, compresi quelli relativi alla mobilità tra le zone nel rispetto del regolamento per la mobilità in area vasta.

11. Le funzioni di area vasta sono esercitate in stretto raccordo con l'attività degli altri enti del servizio sanitario regionale.”

Art. 10

(Modifiche all'articolo 9 della l.r. 13/2003)

1. All'alinea del comma 1 dell'articolo 9 della l.r. 13/2003 le parole “con compiti di programmazione e gestione dei servizi sanitari e socio-sanitari nel rispettivo ambito territoriale, dotate di autonomia gestionale ed operativa,” sono soppresse.

2. Alla lettera a) del comma 1 dell'articolo 9 della l.r. 13/2003 le parole “al loro perseguimento attraverso i piani di attività zonali (PAZ), da definire ed attuare in accordo con i soggetti erogatori dei servizi” sono sostituite dalle parole: “di area vasta”.

3. Alla lettera c) del comma 1 dell'articolo 9 della l.r. 13/2003 le parole “, sia a livello programmatico che di attuazione,” sono soppresse.

4. Le lettere b) e h) del comma 1 dell'articolo 9 della l.r. 13/2003 sono abrogate.

5. La lettera f) del comma 1 dell'articolo 9 della l.r. 13/2003 è sostituita dalla seguente:

“f) alla corretta utilizzazione delle risorse assegnate;”.

6. Il comma 2 dell'articolo 9 della l.r. 13/2003 è sostituito dal seguente:

“2. La Giunta regionale definisce gli ambiti territoriali sociali in modo da assicurarne la coincidenza con gli ambiti delle zone territoriali.”.

7. Dopo il comma 2 dell'articolo 9 della l.r. 13/2003 è aggiunto il seguente:

“2 bis. La Giunta regionale, per assicurare una maggiore integrazione socio-sanitaria, può individuare, sulla base di parametri demografici e territoriali e ferma restando la coincidenza con i distretti sanitari, una diversa articolazione degli ambiti territoriali sociali, a condizione che il costo complessivo degli apparati amministrativi non sia incrementato rispetto a quello sostenuto in caso di coincidenza tra ambito sociale e zona territoriale.”.

Art. 11

(Modifiche all'articolo 10 della l.r. 13/2003)

1. All'alinea del comma 1 dell'articolo 10 della l.r. 13/2003 le parole “programmazione e” sono soppresse.

2. Le lettere a), h) e m) del comma 1 dell'articolo 10 della l.r. 13/2003 sono abrogate.

3. La lettera l) del comma 1 dell'articolo 10 della l.r. 13/2003 è sostituita dalla seguente:

“l) della nomina dei direttori di dipartimento zonale;”.

4. Il comma 2 dell'articolo 10 della l.r. 13/2003 è abrogato.

5. Il comma 3 dell'articolo 10 della l.r. 13/2003 è sostituito dal seguente:

“3. Il direttore di zona è nominato dal Direttore generale dell'ASUR tra gli iscritti nell'elenco di cui all'articolo 4, comma 6, che non versino in nessuna delle situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 3 del d.lgs. n. 502/1992. Il relativo contratto di diritto privato a tempo determinato è stipulato dal Direttore generale dell'ASUR. Ai pubblici dipendenti si applica il disposto dell'articolo 15-septies, comma 4, del d.lgs. n. 502/1992.”.

6. Al comma 4 dell'articolo 10 della l.r. 13/2003 le parole “delle funzioni di programmazione e gestione delle attività zonali e delle azioni definite in sede di negoziazione con il Direttore generale, nonché nell'elaborazione e gestione del piano annuale di zona” sono sostituite dalle parole: “delle proprie funzioni”.

stop

Art. 12*(Modifica all'articolo 13 della l.r. 13/2003)*

1. Il comma 1 dell'articolo 13 della l.r. 13/2003 è sostituito dal seguente:

“1. I distretti costituiscono il livello territoriale di base in cui si realizza in ogni zona territoriale la gestione integrata tra servizi sanitari, socio-sanitari e sociali.”.

2. Dopo il comma 1 dell'articolo 13 della l.r. 13/2003, sostituito dal comma 1 del presente articolo, è inserito il seguente:

“1 bis. L'attività distrettuale è svolta sulla base del programma delle attività distrettuali approvato, nel rispetto degli indirizzi contenuti nel piano di area vasta, secondo criteri e modalità stabiliti dal piano socio-sanitario regionale.”.

Art. 13*(Sostituzione dell'articolo 19 della l.r. 13/2003)*

1. L'articolo 19 della l.r. 13/2003 è sostituito dal seguente:

“Art. 19 (Piano triennale di area vasta)

1. La programmazione delle funzioni a livello di area vasta è effettuata attraverso il relativo piano triennale.

2. Il piano di area vasta definisce, nel rispetto del piano socio-sanitario regionale, gli obiettivi dell'attività e l'organizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari.

3. Il piano di area vasta è approvato dal Collegio di area vasta, previo parere della Conferenza di area vasta di cui all'articolo 20 bis ed è aggiornato annualmente.”.

Art. 14*(Modifiche all'articolo 20 della l.r. 13/2003)*

1. La lettera c) del comma 1 dell'articolo 20 della l.r. 13/2003 è sostituita dalla seguente:

“c) sulla valutazione dell'operato del Direttore generale dell'ASUR e delle Aziende ospedaliere anche ai fini della verifica dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi assegnati e della valutazione relativa alla funzionalità dei servizi ed alla loro razionale distribuzione sul territorio;”.

2. La lettera c bis) del comma 1 dell'articolo 20 della l.r. 13/2003 è abrogata.

Art. 15*(Inserimento dell'articolo 20 bis nella l.r. 13/2003)*

1. Dopo l'articolo 20 della l.r. 13/2003 è inserito il seguente:

“Art. 20 bis (Conferenze di area vasta)

1. Presso ciascuna area vasta è istituita la

Conferenza di area vasta, composta:

- a) dai Sindaci o dagli assessori da essi delegati dei Comuni compresi nell'area medesima;
- b) dai rappresentanti delle parti sociali e dell'associazionismo, individuati con le modalità definite dalla Giunta regionale.

2. La Conferenza esercita funzioni propositive e consultive relative al livello di area vasta e, in particolare, esprime parere obbligatorio sui piani di area vasta.

3. La Conferenza è costituita secondo criteri e modalità determinate dalla Giunta Regionale. Nella prima seduta la Conferenza elegge il Presidente tra i soggetti indicati alla lettera a) del comma 1.

4. Il funzionamento della Conferenza è disciplinato da un regolamento dalla stessa approvato.

5. Salva diversa disposizione del regolamento indicato al comma 4 la Conferenza delibera a maggioranza dei presenti.”.

Art. 16*(Modifiche all'articolo 21 della l.r. 13/2003)*

1. Le lettere c), g) ed h) del comma 2 dell'articolo 21 della l.r. 13/2003 sono abrogate.

Art. 17*(Modifica all'articolo 23 della l.r. 13/2003)*

1. Al comma 1 dell'articolo 23 della l.r. 13/2003 le parole “agli articoli 20, 21 e 22” sono sostituite dalle parole: “agli articoli 20, 20 bis, 21 e 22”.

Art. 18*(Sostituzione dell'articolo 4 della l.r. 26/1996)*

1. L'articolo 4 della legge regionale 17 luglio 1996, n. 26 (Riordino del servizio sanitario regionale) è sostituito dal seguente:

“Art.4 - (Agenzia regionale sanitaria)

1. L'Agenzia regionale sanitaria (ARS) è strumento operativo per la gestione delle funzioni del dipartimento per la salute e per i servizi sociali e per il raccordo con gli enti del servizio sanitario regionale, con particolare riferimento alle seguenti materie:

- a) assistenza sanitaria territoriale;
- b) assistenza ospedaliera;
- c) assistenza farmaceutica;
- d) prevenzione e promozione della salute nei luoghi di vita e di lavoro;
- e) integrazione socio sanitaria;
- f) investimenti sanitari;
- g) sanità veterinaria.

2. L'ARS è soggetto di diritto pubblico dotato di autonomia amministrativa e contabile.

10/10
J

3. L'organizzazione dell'ARS si articola in posizioni dirigenziali di progetto e di funzione. L'ARS è retta da un dirigente nominato dalla Giunta regionale.

4. La Giunta regionale:

- a) definisce gli obiettivi dell'ARS;
- b) istituisce le posizioni dirigenziali di progetto e di funzione su proposta del direttore di dipartimento e parere del comitato di direzione di cui all'articolo 8 della l.r. 20/2001.

5. Nelle materie di cui al comma 1 la Giunta regionale adotta gli atti di propria competenza su proposta del direttore dell'ARS.

6. Per quanto non previsto dalla presente legge in ordine alla competenza della Giunta regionale e dei dirigenti dell'ARS si applicano le disposizioni della l.r. 20/2001.

7. L'ARS si avvale di personale proprio, al quale si applica il contratto del comparto Regioni ed Autonomie Locali.

8. All'ARS può essere trasferito il personale del ruolo unico regionale.

9. La Giunta regionale può autorizzare l'utilizzo, da parte dell'ARS, del personale a tempo indeterminato degli enti del servizio sanitario regionale. L'utilizzo è subordinato all'assenso del direttore generale dell'ente di provenienza ed è deliberato dalla Giunta regionale, su proposta del direttore del dipartimento e previo parere del comitato di direzione di cui all'articolo 8 della l.r. 20/2001. A tale personale può essere attribuita la responsabilità dei procedimenti amministrativi di competenza dell'ARS. Lo stesso personale conserva il trattamento economico in godimento e non può essere sostituito neppure con il ricorso a forme flessibili. L'onere relativo resta a carico dell'ente di provenienza.

10. Gli incarichi di direzione delle posizioni di progetto e di funzione sono conferiti dalla Giunta regionale, su proposta del direttore del dipartimento e parere del comitato di direzione di cui all'articolo 8 della l.r. 20/2001, a dirigenti di ruolo della Regione o del servizio sanitario regionale.

11. I dirigenti di cui al comma 10 sono posti in posizione di comando. La Giunta definisce il trattamento economico ad essi spettante nel rispetto del contratto collettivo nazionale di lavoro del relativo comparto. Il posto di ruolo vacante negli enti del servizio sanitario regionale non può essere in alcun modo ricoperto.

12. L'ARS, in casi eccezionali e straordinari, e comunque quando siano necessarie, per la realizzazione di specifici progetti, conoscenze ed esperienze non riscontrabili nell'ambito della dirigenza della medesima ARS e della Regione, può conferire con contratto a

termine di diritto privato, nel limite massimo di due unità, incarichi a soggetti esterni in possesso dei requisiti previsti dall'articolo 28, comma 3, della l.r. 20/2001.”.

Art. 19

(Disposizioni finanziarie)

1. Alla realizzazione degli interventi previsti dalla presente legge si provvede, a decorrere dall'anno 2011, mediante l'utilizzo delle risorse del fondo sanitario regionale.

Art. 20

(Norme transitorie e finali)

1. La Giunta regionale, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, provvede:

- a) alla costituzione del dipartimento per la salute e per i servizi sociali e ne definisce l'organizzazione interna;
- b) alla riorganizzazione dell'Agenzia regionale sanitaria (ARS) di cui all'articolo 4 della l.r. 26/1996, come sostituito dall'articolo 18 della presente legge.

2. Fino al termine della presente legislatura la direzione dell'ARS è assicurata dal direttore del dipartimento di cui alla lettera a) del comma 1.

3. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Direttore generale dell'ASUR nomina i coordinatori di area vasta.

4. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale ridefinisce gli ambiti territoriali sociali sulla base di quanto disposto dai commi 2 e 2 bis dell'articolo 9 della l.r. 13/2003, come modificato dall'articolo 10 della presente legge.

5. In fase di prima applicazione della presente legge è fatta salva l'individuazione delle aree vaste di cui alla deliberazione della Giunta regionale 8 maggio 2006, n. 511.

6. Le spese per il personale dell'ARS continuano a fare carico sul Fondo sanitario regionale. Si applicano all'ARS le disposizioni concernenti le limitazioni di spesa previste per gli enti del servizio sanitario regionale.

7. Nella l.r. 13/2003 ovunque ricorre l'espressione "Azienda Ospedali Riuniti Umberto I – G.M. Lancisi – G. Salesi", questa viene sostituita dall'espressione "Azienda ospedaliero universitaria Ospedali Riuniti Umberto I – G.M. Lancisi – G. Salesi".

20/10/11
J

Art. 21
(*Abrogazioni*)

1. Sono abrogati:

- a) i commi 2 e 3 dell'articolo 2 e la lettera g) del comma 2 dell'articolo 28 della legge regionale 17 luglio 1996, n. 26 (Riordino del servizio sanitario regionale);
- b) il comma 5 dell'articolo 28 della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 (Norme in materia di organizzazione e di personale della Regione);
- c) l'articolo 18 della legge regionale 20 giugno 2003, n. 13 (Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale);
- d) il comma 4 dell'articolo 28 della legge regionale 24 dicembre 2008, n. 37 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2009 e pluriennale 2009/2011 della Regione. Legge finanziaria 2009).

IL PRESIDENTE
(Vittoriano Solazzi)

