

RESOCONTO INTEGRALE

Seduta n. 153 Martedì 4 febbraio 2020

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE ANTONIO MASTROVINCENZO
INDI
PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE RENATO CLAUDIO MINARDI
INDI
PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE PIERO CELANI

		<u>INDICE</u>		
Comunicazioni del Presidente	3	Presidente	3, 6	
		Luca Marconi (UdC)	3	
Saluto alle scuole		Romina Pergolesi (M5S)	4	
Presidente	3			
Proposta di legge n. 216		Sull'ordine dei lavori		
ad iniziativa della Giunta regionale		Presidente	6, 111	
“Disciplina dell’attività ispettiva in materia		Fabrizio Volpini (PD)	6	
sanitaria e socio-sanitaria”		Renato Claudio Minardi (PD)	111	
<i>(Discussione e votazione)</i>		Sandro Zaffiri (LN)	111	

X LEGISLATURA - SEDUTA N. 153 DEL 4 FEBBRAIO 2020

Proposta di atto amministrativo n. 60

ad iniziativa della Giunta regionale

“Piano socio-sanitario regionale 2019/2021. Il cittadino, l'integrazione, l'accessibilità e la sostenibilità”*(Discussione e votazione)*

Presidente	6, 111
Fabrizio Volpini (PD)	6, 71, 74, 78, 83, 106
Elena Leonardi (Fdl-AN) 13, 69, 86, 88, 89, 90, 97, 101, 105, 108, 109	
Luca Marconi (UdC)	17, 72, 75, 76, 80, 82, 84, 85, 87, 102
Enzo Giancarli (PD)	22
Gianluca Busilacchi (MDP)	25, 74, 77, 100
Mirco Carloni (AP-Marche2020)	28
Peppino Giorgini (M5S)	32, 92, 96
Sandro Zaffiri (LN) ...	34, 77, 82, 83, 86, 99, 103, 108
Luigi Zura Puntaroni (LN)	36, 78, 93, 100, 109

Piero Celani (FI)	37, 79, 94, 99, 110
Francesco Miucci (PD) 39, 75, 78, 82, 91, 103, 108, 109	
Federico Talè (IV)	44, 82
Sandro Bissoni (Verdi)	46
Moreno Pieroni (Assessore)	48, 73, 74, 75
Renato Claudio Minardi (PD)	49
Gino Traversini (PD)	53, 80, 90
Giovanni Maggi (M5S)	56, 105
Francesco Giacinti (PD)	57
Piergiorgio Fabbri (M5S)	59, 81
Romina Pergolesi (M5S) ...	61, 72, 74, 78, 81, 84, 88, 91, 96, 100, 104, 110
Luca Ceriscioli (Presidente) 64, 79, 87, 91, 92, 101, 110	
Enzo Giancarli (PD)	76, 84, 86
Fabio Urbinati (IV)	93, 98, 100, 106
Anna Casini (Assessore)	94
Boris Rapa (UpM)	110

Sigle dei Gruppi assembleari: Partito Democratico (PD); Uniti per le Marche (UpM); Popolari Marche - Unione di Centro (UdC); Movimento 5 Stelle (M5S); Lega nord - Marche (LN); Forza Italia (FI); Area Popolare - Marche 2020 (AP-Marche 2020); Fratelli d'Italia Alleanza Nazionale (Fdl-AN); Misto (Misto); MDP (Movimento Democratico e Progressista); Verdi (Federazione dei Verdi); IV (Italia Viva).

La seduta inizia alle ore 11,10

**Presidenza del Presidente
Antonio Mastrovincenzo**

PRESIDENTE. Colleghi buona giornata, dichiaro aperta la seduta n. 153 del 4 febbraio 2020. Do per letto il processo verbale della seduta 152 del 28 gennaio 2020, il quale, ove non vi siano opposizioni, si intende approvato ai sensi del comma 4, dell'articolo 53, del Regolamento Interno.

Saluto alle scuole

PRESIDENTE. Saluto i ragazzi delle classi quinte dell'Istituto tecnico economico e tecnologico "Corinaldesi" e la classe prima del Liceo statale "Medi" di Senigallia, saluto loro e i loro insegnanti.

(applausi)

Proposta di legge n. 216
ad iniziativa della Giunta regionale
**"Disciplina dell'attività ispettiva in
materia sanitaria e socio-sanitaria"**
(Discussione e votazione)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la proposta di legge n. 216 della Giunta regionale.

La discussione è aperta, ha la parola il relatore di maggioranza Consigliere Marconi.

Luca MARCONI. Grazie Presidente. Abbiamo un testo che è esattamente quello che è stato presentato nella proposta di Giunta. La Commissione in verità ha discusso a più riprese questa legge, in tempi differenti, ma non ha modificato nulla di quello che veniva dalla Giunta e alla fine, se non ricordo male, abbiamo liquidato il testo all'unanimità, proprio perché non c'erano modifiche.

Ragionando su questa proposta di legge la prima domanda che viene naturale è: perché una legge sulla disciplina dell'attività ispettiva in materia sanitaria e socio-sanitaria non c'era? Fino ad oggi la Regione non ha fatto nessuna attività ispettiva? Sì, la Regione ha fatto dell'attività ispettiva, ma la motivazione della Giunta regionale è che attraverso queste disposizioni diventa decisamente più incisiva e, soprattutto, assume una dimensione organica. Oltre ad essere distinta l'attività ordinaria e l'attività straordinaria, sottolineo soprattutto l'attività ordinaria, perché l'attività straordinaria, i casi di particolare gravità ed urgenza, viene attivata d'ufficio o su segnalazione o su denuncia della Giunta regionale o degli stessi Consiglieri regionali, questo è il caso

dell'attività straordinaria, io invece vorrei porre la vostra attenzione, colleghi, sulla attività ispettiva ordinaria perché questo significa che da questo momento in poi, dopo la legge approvata, in maniera periodica e in tutti i settori dell'attività socio-sanitaria, sia pubblica che privata, l'avremo.

Mi permetto di ricordare che in Italia abbiamo tanti organismi che svolgono attività ispettiva in vari settori, dai Nas in giù o in su a seconda delle graduatorie che uno vuole stilare, non siamo un Paese che manca di questo tipo di attività, ma diciamo che questa legge, addirittura, la rafforza, semmai questo fosse possibile.

Alcune cose interessanti che, ripeto, non abbiamo modificato perché abbiamo ritenuto che la proposta di Giunta fosse quanto mai efficace, è la costituzione di un nucleo ispettivo. Il dirigente della struttura dell'attività ispettiva individua questo nucleo da un elenco di persone che si rendono disponibili all'uopo, anche qui c'è una identificazione preventiva e non un'ispezione casuale che viene fatta alla buona, a seconda delle circostanze. Si sa, quindi, chi svolge questa attività, naturalmente, l'abbiamo detto, anche se non è scritto, segue i principi della rotazione, non è un incarico a vita, ovviamente, perché l'ispettore deve essere persona libera e l'attività ispettiva non deve diventare una professione, tant'è vero che gli ispettori verranno presi da tutte le strutture socio-sanitarie, ma anche dal personale esterno alla stessa amministrazione regionale.

Dove e come viene svolta l'attività ispettiva? L'ho detto prima, in tutte le strutture socio-sanitarie, anche quelle sociali, attraverso le forme ordinarie dell'ispezione. E' importante che oltre al controllo cartaceo, sul quale troppo spesso si concentra la quasi totalità dell'attività di controllo in Italia, siamo molto abituati a questo tipo di verifica, ci sia l'accesso in questo settore della pubblica amministrazione, ovviamente, ai sistemi informativi, anche direttamente sui dirigenti,

sul personale e visivamente sullo svolgimento delle attività che vengono svolte dal servizio sanitario regionale.

Non credo che gli ispettori entreranno in sala operatoria, ma in teoria sarebbe possibile che siano presenti nelle attività più delicate, poi magari il Presidente Volpini che è esperto della materia, ci dirà se e dove può essere possibile questo tipo di attività.

Una legge, ripeto, che abbiamo valutato in maniera molto positiva, anche perché il nostro tempo di attività amministrativa, come Consiglieri regionali, è più rivolto all'organizzazione di cose nuove o alla creazione di cose nuove, mentre dovrebbe essere più orientato e dare maggiore attenzione al buon funzionamento di quello che c'è. Questo è un tempo in cui abbiamo realizzato tante cose, in tutti i settori della pubblica amministrazione, regionale e comunale, forse è il tempo di porre maggiore attenzione al funzionamento di quello che c'è e vedere se questa benedetta efficacia ed efficienza, di cui normalmente ci riempiamo la bocca, sia effettivamente realizzata in tutti i settori della pubblica amministrazione, e questo è uno dei più delicati.

I risultati di questa ispezione sono pubblici, e questo credo che vada anche a vantaggio della stessa amministrazione nel suo dialogo con i cittadini e con gli utenti di servizi, perché saremo tutti più tranquilli sapendo che le nostre strutture vengono controllate, ma anche le strutture private e convenzionate che esercitano l'attività ed anche le private non convenzionate, chiunque ha l'autorizzazione a svolgere attività socio-sanitaria. Grazie.

PRESIDENTE. Ha la parola la relatrice di minoranza Consigliera Pergolesi.

Romina PERGOLESI. Grazie Presidente. Come ha anticipato il mio collega di Commissione questa legge era necessaria per potenziare le disposizioni previste dall'accorpamento di due vecchie leggi.

Il Consiglio regionale ha approvato all'unanimità la legge regionale 21/2016, in cui si prevedevano questi tipi di attività ispettive, l'unico problema è che non si era legiferato di per sé sul nucleo di questa attività ispettiva, soprattutto con questa nuova legge si vuole dare maggior forza a questo nucleo ispettivo e prevedere anche un numero minimo di ispezioni, quindi non solo attività ispettiva ordinaria, ma anche straordinaria. Come in altre Regioni questo nucleo è autonomo rispetto ai servizi della sanità per evitare che il controllore sia anche il controllato e viceversa, in questo modo, sicuramente, si può dare maggiore incisività a quelle che sono le iniziative.

Nello specifico, l'articolo 3 stabilisce che la Giunta, entro il primo bimestre di ogni anno, prevede e fissa una percentuale minima delle ispezioni da garantire su tutto il territorio, quindi un numero minimo di ispezioni per far sì che i cittadini si sentano più tutelati e chi gestisce le strutture sanitarie e socio-sanitarie e sociali sia in qualche modo incentivato a fare meglio il suo lavoro.

In particolare nell'articolo 6 viene disposta la modalità di esercizio dell'attività, mentre il nucleo ispettivo, al comma 4, nello svolgimento delle proprie funzioni potrà richiedere a tutte le strutture destinatarie dell'attività ispettiva, le informazioni e la documentazione necessarie, che dovranno essere fornite con sollecitudine, perché in alcuni casi c'è stato segnalato che non c'è spesso una celere partecipazione nella presentazione dei documenti richiesti. Inoltre, il punto b del comma 3 prevede che il nucleo ispettivo potrà accedere ai sistemi informativi delle strutture destinatarie dell'attività ispettiva, nei limiti della normativa vigente, anche per acquisire documentazione utile ai fini dell'ispezioni. Il nucleo potrà invitare i dirigenti, gli organi di controllo interni, i revisori dei conti degli enti e del servizio sanitario, a fornire chiarimenti in merito all'attività di controllo esercitata e a mettere in atto verifiche e approfondimenti.

Quindi, un'attività ispettiva a 360° gradi, che coinvolge tutti gli enti e tutte le strutture che dovrebbero occuparsi di verificare e di controllare che la gestione della risorsa pubblica e della cosa pubblica sia fatta in maniera trasparente e lecita.

Il Movimento 5 Stelle è a favore di questa proposta di legge e mi auguro che dalla sua approvazione la Giunta si attivi quanto prima per far sì che, già da adesso, prima della campagna elettorale, il nucleo e l'attività vengano in qualche modo accelerati. Grazie.

Chiedo, anche a nome dei Consiglieri Giorgini e Maggi, l'appello nominale sulla votazione finale.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione. Articolo 1. Lo pongo in votazione.

(L'Assemblea legislativa regionale approva)

Articolo 2. Lo pongo in votazione.

(L'Assemblea legislativa regionale approva)

Articolo 3. Lo pongo in votazione.

(L'Assemblea legislativa regionale approva)

Articolo 4. Lo pongo in votazione.

(L'Assemblea legislativa regionale approva)

Articolo 5. Lo pongo in votazione.

(L'Assemblea legislativa regionale approva)

Articolo 6. Lo pongo in votazione.

(L'Assemblea legislativa regionale approva)

Articolo 7. Lo pongo in votazione.

*(L'Assemblea legislativa regionale
approva)*

Proposta di legge n. 216. Lo pongo in votazione per appello nominale chiesto dai Consiglieri Pergolesi, Giorgini, Maggi.

Favorevoli: Bisonni, Bora, Busilacchi, Carloni, Casini, Celani, Cesetti, Fabbri, Giacinti, Giancarli, Giorgini, Leonardi, Maggi, Malaigia, Marconi, Mastrovincenzo, Micucci, Minardi, Pergolesi, Rapa, Sciapichetti, Talè, Traversini, Urbinati, Volpini, Zaffiri, Zura Puntaroni.

Contrari: Nessuno.

Astenuti: Nessuno.

*(L'Assemblea legislativa regionale
approva)*

Sull'ordine dei lavori

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Volpini.

Fabrizio VOLPINI. Chiedo 10 minuti di sospensione per capire come procedere per la discussione del prossimo punto all'ordine del giorno, che è il Piano sanitario.

PRESIDENTE. Bene, grazie. Riprendiamo tra 10 minuti esatti con la proposta di atto amministrativo n. 60.

La seduta è sospesa alle ore 11,25

La seduta riprende alle ore 11,40

**Presidenza del Presidente
Antonio Mastrovincenzo**

Proposta di atto amministrativo n. 60
ad iniziativa della Giunta regionale
**“Piano socio-sanitario regionale 2019/
2021. Il cittadino, l'integrazione,
l'accessibilità e la sostenibilità”**
(Discussione e votazione)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la proposta di atto amministrativo n. 60 della Giunta regionale.

La discussione è aperta, ha la parola il relatore di maggioranza Consigliere Volpini.

Fabrizio VOLPINI. Grazie Presidente. Direi di cominciare con un plauso nei confronti delle ricercatrici e dei ricercatori dell'Istituto Spallanzani di Roma per questa perla dal punto di vista scientifico, ovvero per l'identificazione del virus che sta creando panico e allarme in tutt'Italia. E' motivo d'orgoglio e di soddisfazione che ricercatrici e ricercatori italiani siano riusciti in questo intento prima di tanti altri, con pochi soldi, anche in situazioni di precariato, per qualcuna delle ricercatrici, a dimostrazione che il sistema sanitario nazionale non è secondario a nessun altro, con tutte le ombre e le luci che lo caratterizzano.

Siamo finalmente arrivati in Aula alla discussione e all'approvazione del Piano socio-sanitario regionale, le energie, l'impegno che abbiamo profuso in questi anni - in effetti sono pari a quelle che ho profuso quando ho preparato la maratona di New York, all'incirca - ...

Cercherò di essere sintetico e leggo la relazione in modo tale da non perdermi, l'argomento è talmente vasto, cercando di trarre gli elementi essenziali che poi apriranno la discussione.

Il Piano socio-sanitario regionale è uno strumento di programmazione previsto dall'articolo 31 della legge regionale 26 del 1996, concernente: “Riordino del Servizio nazionale sanitario regionale”. Lo stesso articolo prevede che l'Assemblea legislativa provveda all'approvazione del Piano su proposta della Giunta regionale; esso ha una durata triennale e resta in vigore fino all'approvazione del nuovo Piano, e può essere annualmente aggiornato, tant'è che l'ultimo, che è attualmente in vigore, doveva scadere nel 2014 perché era il Piano 2012/2014, ma è una consuetudine, che si

arrivare piuttosto lunghi. Mi pare che è il secondo o il terzo Piano che questa Regione ha adottato ha durato la bellezza da 13 anni, quindi, questo ritardo, è una sorta di consuetudine che mostra anche la difficoltà nell'elaborare questi tipi di proposte.

Questo Piano non contiene, e questa è una delle caratteristiche rispetto a quello precedente, la programmazione sociale, perché è stata fatta una scelta di fare un Piano sanitario e un Piano sociale, che peraltro è stato fatto, è stato elaborato e l'abbiamo approvato nell'ultima Commissione consiliare, per cui a marzo anche il Piano sociale verrà portato in Aula, tra l'altro, averli fatti in contemporanea, ha permesso ai Commissari di avere uno sguardo, un focus, su entrambi, perché, come sapete, spesso c'è l'embricazione tra sociale e sanitario.

Va detto subito che la Giunta regionale ha fatto una scelta importante nell'avvio di questo percorso perché nelle esperienze passate la composizione, la stesura e la scrittura del Piano erano in mano a qualche dirigente illuminato che, magari vedendo quello che facevano le altre Regioni, anche con un "copia incolla", elaborava uno scritto, che poi veniva portato in consultazione.

La scelta, che ritengo positiva, che ha fatto la Giunta è stata quella di iniziare aprendo un cantiere dove sono state portate le linee generali elaborate dalla Giunta, sono stati ascoltati i vari stakeholder, i rappresentanti delle associazioni mediche, delle società scientifiche, dei sindacati, i rappresentanti dei cittadini, dei Sindaci. Le linee generali programmatiche sono state esposte, c'è stata un'interlocuzione con i vari soggetti ed è stato messo a disposizione dell'Agenzia sanitaria regionale un sito dove poter mandare proposte e suggerimenti, che un'apposita Commissione avrebbe raccolto ed elaborato.

La prima riunione di questi incontri è stata fatta nel maggio del 2018, allora ero delegato del Presidente ed ho partecipato a

quella fase insieme ai dirigenti del Servizio salute, che qui voglio ringraziare. Una Commissione ha poi elaborato il Piano, che è stato approvato dalla Giunta nel gennaio 2019 ed essendo, come abbiamo visto, strumento del Consiglio è arrivato in Commissione da lì a poco e da lì è partito un nuovo percorso di partecipazione e di condivisione, che è durato fino a 20 giorni fa, circa, quando il Piano è stato elaborato.

Il percorso della consultazione è necessario, la Commissione gli ha dedicato ben 13 sedute, garantendo la più ampia partecipazione e concertazione dei soggetti interessati, raccogliendo osservazioni e proposte pervenute, che sono state poi esaminate ed approfondite e gran parte, elaborate, sono diventate emendamenti che i singoli Consiglieri, qualcuno anche la Commissione, hanno fatto propri e sono stati votati.

Do alcuni numeri sui soggetti che sono stati ascoltati, mi ha detto la Consigliera Pergolesi che erano circa 155: Cgil, Cisl, Uil, Confas, Usae, Unione sindacale di base, tutti i sindacati, le associazioni scientifiche, i rappresentanti dei sindacati medici, i direttori generali degli enti del servizio regionale, i Presidenti delle conferenze di area vasta, devo dire che qui la partecipazione è stata un po' a singhiozzo, qualcuno è venuto, qualcun altro non l'abbiamo visto, nonostante alcuni solleciti, i Rettori di tutte le Università marchigiane, gli ordini professionali, tutti, quello dei medici, degli assistenti sociali, degli psicologi, dei farmacisti, dei veterinari, dei tecnici della riabilitazione, della prevenzione, dei biologi, dei fisici, dei chimici, anche quelli delle ostetriche, le rappresentanze delle autonomie locali e delle cooperative, la Lega delle autonomie, l'Anci, Upi, Uncem, Ani, Legacoop, i direttori dei distretti sanitari dell'Asur e i Coordinatori degli ambiti territoriali, l'associazione dei consumatori e altre, tra queste: la rete delle associazioni della Marcangola, che è un coordinamento delle associazioni dei malati di cancro che

lavorano nella nostra Regione, società scientifiche, il Garante regionale dei diritti delle persone, la Presidente della Commissione pari opportunità uomo-donna, il Presidente del Corecom, altri soggetti che hanno fatto richiesta. Dall'enunciazione di queste sigle uno può avere sentore della mole di lavoro che è stata fatta.

Sono stati presentati più di cento emendamenti che la Commissione ha trattato, discusso in diverse sedute, molti di essi sono stati inseriti nel Piano, migliorandolo, rielaborati e anche riformulati.

Il testo, e questa è una novità, contiene una clausola valutativa proposta dal Comitato per il controllo e la valutazione delle politiche.

Il Piano, così come licenziato dalla Commissione, è stato esaminato dal Cal, che ha espresso parere favorevole, e dal Crel, che ha fatto alcune raccomandazioni, come quella di raccordare la parte socio-sanitaria con il Piano sociale. C'è poi da rispettare il D.Lgs. 147/2017, dove l'articolo 23 prevede che, nel rispetto delle modalità organizzative regionali di confronto con le autonomie locali, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano adottano in particolare, ove già non previsto, ambiti territoriali, programmazioni omogenee per il comparto sociale, sanitario e per le politiche del lavoro. E' uno degli obiettivi al quale dobbiamo tendere, quello di avere un'unica governance del sistema che riguarda il lavoro, le politiche per il lavoro, il sociale e i distretti sanitari.

Il contenuto del Piano a grandi linee, perché riassumerlo porterebbe via troppo tempo e non ci sarebbe spazio per la discussione.

Il Piano sanitario 2020/2022, che abbiamo dovuto modificare perché inizialmente era 2019/2021, si ispira al modello comune di politica "Salute 2020" concordato tra i 53 Stati membri della Regione europea e dell'Organizzazione mondiale della sanità.

Salute 2020 si basa sui valori sanciti nella Costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità, ovvero: il godimento del migliore stato di salute raggiungibile è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano, Questo è un po' il faro che ispira il modello dell'Organizzazione mondiale della sanità.

Il Piano non solo è inserito nel contesto nazionale, ma anche nel contesto europeo. L'obiettivo è quello di migliorare il benessere delle popolazioni, ridurre le disuguaglianze di salute, rafforzare la sanità pubblica e garantire sistemi sanitari, che pongano al centro la persona, che siano universali, equi, sostenibili, anche e soprattutto di alta qualità.

È pertanto un Piano di riqualificazione e razionalizzazione del sistema sanitario regionale attraverso il miglioramento della qualità dei servizi, degli standard assistenziali, tutto ciò nel rispetto dei vincoli normativi che, come sapete, sono sempre più cogenti.

Le Regioni stanno all'interno di un sistema che ha nel Governo nazionale e nella Conferenza Stato-Regioni i presidi ai quali devono rispondere, rispetto ad una serie di azioni che via via devono svolgere. Penso al Balduzzi, penso al DM 70, penso ad una serie di Piani che vengono emanati (Piano della prevenzione, Piano della cronicità, Piano delle demenze) e che passano attraverso la Conferenza Stato-Regioni, alla quale le Regioni devono adeguarsi e qualora non lo facciano rischiano dei tagli delle risorse.

Gli obiettivi strategici del Piano sono: il sostegno alla fragilità e alla cronicità, dalla culla all'anziano, cioè dal neonato all'anziano; l'incremento di qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti; il miglioramento dell'accessibilità e prossimità al sistema; il rafforzamento dell'equità del sistema; il proseguimento della sostenibilità del sistema.

Tali obiettivi sono in coerenza con quanto disposto a livello nazionale ed europeo e

rispondono ai bisogni dei cittadini, gli stessi obiettivi strategici sono stati poi declinati in obiettivi speciali, attraverso una serie di schede di intervento, e questa è una delle novità, aver messo all'interno del Piano delle schede di intervento che declinano gli indirizzi programmatori generali.

Le aree di intervento sono: la prevenzione collettiva veterinaria e sicurezza alimentare; l'assistenza territoriale e socio-sanitaria; la rete ospedaliera ed emergenza-urgenza; le aree di intervento trasversali; le aree di interesse regionale.

Tali obiettivi strategici sono raggiunti in modo trasversale attraverso le seguenti direttrici di sviluppo: la partecipazione, la responsabilità e la trasparenza; il consolidamento dell'assetto istituzionale, in passato di questo si è discusso molto e, se volete, se ne continua a discutere, anche perché sull'assetto istituzionale, che ha nella legge 13 il suo fulcro, sono arrivati in Commissione una serie di emendamenti tendenti a modificarlo; l'integrazione organizzativa; l'adeguamento strutturale e tecnologico, la famosa transizione tecnologica di cui si parla molto negli ultimi anni e su questo aspetto si è avuta una vera e propria rivoluzione in ambito sanitario; l'innovazione e la telematica; la qualificazione scientifica e professionale, il tema della formazione degli operatori.

Gli obiettivi sono schematizzati in questo modo.

Per quanto riguarda il sostegno alla fragilità e alla cronicità dal neonato all'anziano, siamo ormai da anni in piena transizione demografica, che si porta dietro la transizione epidemiologica, la transizione demografica: allungamento della vita, transizione epidemiologica: comorbilità e morbilità che hanno a che fare con l'anziano e con la cronicità, quindi, il primo obiettivo è potenziare la risposta al bisogno di salute delle persone fragili e di quelle affette da patologie croniche (l'anziano) e da malattie congenite (il neonato). Gli interventi sono

quindi rivolti ai minori, alle persone con disabilità e disagio psichico e soprattutto agli anziani che necessitano di sostegno in determinati periodi della loro vita. Detti interventi sono previsti nell'ambito della prevenzione e della cura delle persone, ad esempio, attraverso lo sviluppo di modelli di assistenza domiciliare e di team multiprofessionali, con la presa in carico dei soggetti fragili, mediante la ricentralizzazione delle cure primarie, l'implementazione della medicina d'iniziativa e la riqualificazione dell'assistenza, accorciando così le distanze tra cittadino e luogo di cura. Ciò comporta un rinnovamento del sistema di erogazione delle cure territoriali, attraverso una modalità di erogazione dei servizi, che consente in particolare le dimissioni protette, fin dal momento del ricovero ospedaliero verso le strutture più adeguate. Tali strutture sono quelle residenziali o semi-residenziali. Su questo la Regione ha fatto un grosso sforzo di investimento nell'aumentare nelle strutture residenziali i posti convenzionati, siamo arrivati al 100% per quanto riguarda le aree vaste 4 e 5, all'85% nel 2021 per quanto riguarderà le aree vaste 2 e 1.

Il Regolamento regionale n. 1 del 2018 approvato in attuazione della legge 21/2017 concerne l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture socio-sanitarie, sono i manuali sui quali stiamo lavorando e che hanno l'obiettivo di aumentare la qualità dell'assistenza all'interno delle nostre strutture.

In tale contesto è importante anche tener conto della diversità delle famiglie e superare l'approccio che contrappone la famiglia come risorsa piuttosto che la famiglia come problema.

Riguardo agli anziani richiamiamo nel Piano la promozione dell'invecchiamento attivo, in attuazione della legge regionale 1/2019, che questo Consiglio regionale ha votato all'unanimità.

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, l'invecchiamento attivo è "un

processo di ottimizzazione delle opportunità relative alla salute, partecipazione e sicurezza, allo scopo di migliorare la qualità della vita delle persone anziane". E' stata costituita un'apposita Commissione, un apposito coordinamento a livello regionale, che dovrà elaborare proposte, progetti, per intercettare questo segmento di attività assistenziale, che è quello degli anziani.

L'incremento di qualità e appropriatezza dei servizi dei trattamenti è uno degli obiettivi. Il Ministero della salute nel manuale di formazione per il governo clinico: appropriatezza 2012 ha scritto: "L'appropriatezza definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al fabbisogno del paziente, o della collettività, fornito nei metodi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi", quindi l'appropriatezza va misurata e si misura attraverso questi parametri. L'aumento dei costi sanitari e l'esigenza di promuovere qualità e sicurezza pone infatti la valutazione dell'appropriatezza, che dovrà tradursi anche in qualità assistenziale al centro delle politiche sanitarie.

A tal fine è necessario, in primo luogo, individuare le priorità di salute e quindi valutare la riorganizzazione della modalità e dei setting di erogazione delle prestazioni, integrandole e coordinandole nei vari livelli del sistema socio sanitario, ad esempio mediante la riduzione dei ricoveri potenzialmente non appropriati e degli accessi inappropriati al pronto soccorso, la definizione di protocolli diagnostici terapeutici che garantiscono l'armonizzazione e l'omogeneizzazione dei percorsi.

È necessario poi la messa a regime delle diverse modalità assistenziali territoriali; ad esempio dallo sviluppo delle cure primarie all'adeguamento delle forme assistenziali domiciliari, residenziali e semi-residenziali, capite, quindi, il cambio di paradigma; la revisione del sistema dell'emergenza,

anche con l'implementazione del servizio dell'elitransporto sanitario diurno e notturno, mediante una rete diffusa, ed è quello su cui si sta lavorando.

Al tema dell'appropriatezza è legato anche il governo della mobilità sanitaria, soprattutto interregionale; a tal fine è necessario, in particolare, individuare l'eventuale causa di eccesso di domanda e di carenza dell'offerta.

Sono usciti recentemente i dati sulla mobilità sanitaria e ancora la Regione Marche paga pegno, soprattutto per quanto riguarda alcune Regioni del nord, soprattutto quelle a confine, soprattutto per DRG a bassa complessità, non ci si va ad operare per la cardiocirurgia, piuttosto che per la neurochirurgia, ma per menischi ed altro.

Miglioramento di accessibilità e prossimità, tale obiettivo strategico è volto al miglioramento dell'accessibilità ai servizi sanitari e socio-sanitari, a tutti.

Il termine accessibilità fa però riferimento, di norma, alla possibilità da parte delle persone con ridotta capacità sensoriale, motoria o psichica, di fruire di specifici servizi. Le priorità di intervento saranno pertanto ancora a favore dei soggetti fragili garantendo, ad esempio, l'eliminazione delle barriere architettoniche, quelle della comunicazione e dell'accesso ai servizi informatici e telematici, anche mediante l'uso delle tecnologie assistite.

L'accessibilità deve essere comunque garantita a tutti. Gli interventi sono, in particolare, rivolti al perfezionamento e alle modalità di prenotazione delle prestazioni. A tal fine il Piano prevede: il miglioramento delle attività del Centro unico di prenotazione e di gestione delle agende di ambulatori e servizi; lo sviluppo della farmacia dei servizi; la definizione ed implementazione di un accordo con i medici di medicina generale sulla prenotazione al Cup delle prestazioni prescritte, mi risulta che stia per partire una sperimentazione singola per ogni area vasta di prenotazione, si stanno ultimando gli accordi con i medici

di medicina generale per far partire la sperimentazione delle prenotazioni al Cup dall'ambulatorio del medico di medicina generale; il miglioramento dell'accessibilità, con riferimento ai tempi di attesa agli esami clinici, alle visite specialistiche, i servizi residenziali e semiresidenziali. Credo che ormai la Regione Marche sia arrivata all'80-90% di dematerializzata, ha il maggior numero di dematerializzata il che significa che le ricette per quanto riguarda la diagnostica escono con il codice di priorità della prestazione (U, B, I e programmata), e questo è uno strumento importante di programmazione.

All'accessibilità è correlata la prossimità come vicinanza. E' necessario, quindi, attivare o implementare specifici servizi sul territorio, ad esempio, il punto unico di accesso ai servizi e agli interventi sanitari, socio-sanitari e sociali. Obiettivo del Piano è infatti anche quello di proseguire il percorso avviato con la delibera di Giunta regionale n. 111 del 2015, sul governo della domanda, con particolare riferimento alle aree interne.

Rafforzamento dell'equità del sistema. L'equità è un principio sancito dall'articolo 32 della Costituzione che tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo nell'interesse della collettività. Vero è che il servizio sanitario nazionale ha carattere universalistico e solidaristico, esso eroga l'assistenza sanitaria a tutti senza distinzioni di genere, residenza, età, reddito e lavoro.

L'equità implica, però, che ogni individuo possa avere le stesse opportunità di raggiungere il massimo livello potenziale di salute e che nessuno possa essere svantaggiato nel raggiungimento di questo livello. Nella pratica dobbiamo tener conto che la popolazione ha caratteristiche differenti dovute, ad esempio, all'età, al genere, alla disabilità, alle condizioni socio-economiche. Inoltre, l'equità nell'assistenza sanitaria non può tradursi nel raggiungimento dello stesso livello di salute per tutti, in quanto il sistema sanitario è solo

uno dei molti fattori che contribuiscono alla differenza della salute della popolazione. Mi spiego: il determinante della salute di una persona, e quindi di una collettività, non è dato solo dall'efficienza di un sistema sanitario, che forse incide per un 20-25%, ci sono poi le condizioni socio-economiche, gli stili di vita, anche le condizioni genetiche hanno chiaramente la loro importanza.

L'obiettivo strategico è evitare che queste differenze possano causare delle iniquità nell'accesso ai servizi e nella qualità dell'assistenza sanitaria. Ridurre, quindi, le differenze nell'accesso ai servizi e alle cure per i medesimi bisogni assistenziali, al fine di evitare discriminazioni, ad esempio etniche e di genere. Gli interventi dovranno essere rivolti al rimodellamento dei servizi, al fine di rispondere ai vari bisogni di salute e alla localizzazione specifica delle risorse al riguardo.

L'equità si incrocia con la resilienza, cioè la capacità del sistema sanitario, ma anche degli altri, di adattarsi ai cambiamenti, soprattutto se imposti da fattori esterni, come ad esempio le calamità naturali.

Proseguimento della sostenibilità del sistema. La sostenibilità del sistema sanitario non riguarda solo le questioni di disponibilità delle risorse, ma anche il soddisfacimento dell'effettivo bisogno di salute delle persone, ciò vuol dire che non c'è un accesso indiscriminato alle prestazioni e ai servizi sanitari da parte di tutti, ma tale accesso è garantito in base all'effettivo bisogno, attraverso le migliori cure in ragione delle specifiche esigenze. Ritorniamo di nuovo al concetto di appropriatezza.

L'obiettivo strategico della sostenibilità è collegato al raggiungimento degli altri obiettivi strategici ed impone di intervenire su tutto ciò che lo rende inefficace ed inefficiente e di conseguenza riduce le risorse disponibili. La qualità fa appropriatezza, la non qualità fa spreco. Ad esempio, mediante la riduzione delle prestazioni inappropriate, evitando

l'eccessiva medicalizzazione, quello che io chiamo il supermarket della salute, come pure l'utilizzo improprio della diagnostica e dei trattamenti, nonché il ricorso inadeguato a misure di prevenzione. Pare che il 40-50% delle risonanze magnetiche lombo sacrali in questo Paese siano non inutili, ma inappropriate.

Gli interventi mirano, in particolare, allo sviluppo di nuovi modelli organizzativi e alla standardizzazione dei processi riducendo gli sprechi; alla realizzazione di investimenti riqualificazione di adeguamento strutturale; al governo dei Lea in termini di monitoraggio e verifica della loro uniforme ed appropriata applicazione; alla formazione degli operatori sulla modalità di gestione e sul corretto utilizzo delle risorse disponibili.

Il paragrafo 6.3 del Piano, quello che indubbiamente ha fatto più discutere, quello sul quale si sono maggiormente concentrate le attenzioni delle popolazioni, dei Consiglieri, dei politici, riguarda l'assistenza ospedaliera e l'assistenza emergenza-urgenza. Questa parte, che tratta delle aree particolarmente disagiate, è stata oggetto, come dicevo, di grandi discussioni, diversi emendamenti sono stati presentati a tale riguardo, è stato un tema molto stressato in Commissione.

Tratta anche lo sviluppo della rete ospedaliera con la costruzione delle nuove strutture ospedaliere: nuovo Salesi, nuovo ospedale Marche Nord, ospedale unico Ancona sud dell'Inrca, nuovo ospedale di Fermo, nuovo ospedale dell'area vasta 3, nuovo ospedale dell'area vasta 5, su questi, poi, come vedremo, ci sono diversi emendamenti presentati dai Consiglieri.

Per quanto riguarda l'attivazione presso l'Inrca del servizio di 'Dignity Care', cure palliative, per la cura della dignità con un approccio multidimensionale, è stato presentato e inserito un emendamento.

Ho detto che la novità di questo Piano è anche l'inserimento di schede, non sto a ripeterle tutte, se non leggendo il titolo.

L'appendice 1 riguarda: l'area di intervento della prevenzione collettiva, veterinaria e sicurezza alimentare, su tutti la tutela della sicurezza dei lavoratori e chiaramente le politiche tendenti al miglioramento delle coperture vaccinali, l'area di intervento sull'assistenza territoriale socio-sanitaria, dalle case della salute fino al miglioramento dell'accesso ai servizi, promozione e tutela della salute dell'infanzia, la valorizzazione dei consultori, la nutrizione clinica, la lotta alla depressione post partum, insomma tutta una serie di attività, l'area di intervento sulla rete ospedaliera urgenza ed emergenza, che sarà oggetto, molto probabilmente, di molti interventi da parte dei Consiglieri, miglioramento dell'uso razionale dei farmaci, realizzazione di una rete regionale di health technology assessment e le aree di interesse regionale e lo sviluppo delle aree interne. Saranno queste le schede che tratteranno le linee di intervento che la Regione vorrà mettere in campo nei prossimi mesi.

Sono arrivati diversi emendamenti, approfitto di questa relazione per parlare di quelli che ho presentato e sui quali non riprenderò la parola.

Uno su tutti, piuttosto carente era la scheda contenuta nel Piano presentato dalla Giunta che riguardava la salute mentale, chiamarla un'emergenza forse è eccessivo, ma la diffusione di queste patologie, soprattutto in ambito giovanile, è un po' la cifra di questi ultimi anni. Abbiamo dedicato un'intera scheda sulla prevenzione e promozione della salute mentale. Ho presentato un emendamento sulla prevenzione e promozione della salute e degli stili di vita, che va ad aumentare il peso della scheda della prevenzione, che era stata presentata. Un altro riguarda le cure palliative, come dicevo, Dignity Care presenti all'interno dell'Inrca. D'altra parte le cure palliative nascono in ambito oncologico, ma oggi sempre più sono rivolte a malati non oncologici, agli stessi anziani in

virtù dell'aumento e dell'allungamento della vita, soprattutto quando c'è una comorbilità molto forte, a quelli con malattie degenerative del sistema nervoso. Un emendamento che riguarda un focus sulle malattie reumatologiche e sulla fibromialgia, sappiamo come questa malattia sia aumentata in termini epidemiologici, abbiamo fatto una legge, un centro di riferimento, che è presso l'ospedale di Jesi, che naturalmente ha necessità di essere aiutato a crescere, implementato, soprattutto ha la necessità di risorse sia in termini finanziari che in termini di risorse umane.

C'è poi la riorganizzazione del Dipartimento regionale della medicina trasfusionale, una scelta lungimirante che questa Regione ha fatto, un unico dipartimento per quanto riguarda la problematica del sangue, che fa in modo che questa regione sia autosufficiente, anzi, esporta del sangue anche verso altre che invece sono carenti, ma anche qui c'è la necessità di adeguarsi ai nuovi modelli.

Direi di fermarmi qua, anche perché nel frattempo sono pervenuti altri 40 emendamenti in Commissione, quindi dovremmo anche poi valutare e capire come orientarci di fronte a questi. Grazie.

PRESIDENTE. Ha la parola la relatrice di minoranza Consigliera Leonardi.

Elena LEONARDI. Grazie Presidente. Ci avviamo ad una discussione su un testo complesso, che ha visto lunghi dibattiti, ma soprattutto ci avviamo alla discussione di un Piano che oggi, da molti, è ritenuto inopportuno.

Inizio subito da una critica nel metodo e nel merito, partendo dai tempi.

Il Piano socio sanitario, così come è previsto dalla legge regionale n. 26 del 17 luglio 2017, è lo strumento di programmazione previsto per un tema così centrale, cardine, come quello sanitario. Ora noi sappiamo, lo è stato ricordato anche

prima, che il Piano sanitario precedente era già scaduto nel 2014, quindi un anno prima dell'insediamento di questo Consiglio regionale. E' di tutta evidenza come la presentazione del Piano a quattro mesi dal voto non possa che farlo diventare anche uno strumento di scontro politico perché inevitabilmente diventa un mezzo di valutazione delle politiche sanitarie messe in atto da questa Giunta in questi anni.

Il Piano sanitario è stato reclamato in questi anni a gran voce per un'assenza che evidentemente pesava al Presidente e Assessore alla Sanità Ceriscioli, solo qualche anno fa, ad una mia personale interrogazione rispondeva che non era necessario perché uno strumento superato in quanto si poteva procedere benissimo nella sanità marchigiana attraverso delibere di Giunta e determine dirigenziali. Bene, quegli atti, che sono alla base anche del tracciato che prosegue il Piano, sono ovviamente oggetto di forte contestazione.

Il Piano mette al centro, secondo le volontà espresse da chi lo ha presentato, quindi dalla Giunta, il cittadino, l'integrazione, l'accessibilità e la sostenibilità. Eppure abbiamo visto che le politiche messe in atto in questi anni sono andate obiettivamente contro e in direzione opposta ai principi enunciati, principi che avrebbero dovuto incardinare uno strumento così importante.

Per questo Fratelli d'Italia reputa che questo Piano non vada nella direzione giusta. Nella Conferenza dei Presidenti dei gruppi ho chiesto il rinvio della discussione e della votazione proprio perché lo reputo, e lo ribadisco, inopportuno nella tempistica, a quattro mesi dal voto, e contrario in quanto prosegue nella direzione dei contenuti delle determine e delle delibere, quindi dell'indirizzo politico dato da questa amministrazione in questi anni.

Si è creato, Presidente, un divario fra i cittadini, che sono anche qui fuori a protestare da questa mattina, e le istituzioni sulla sanità, sul tema che dovrebbe, invece,

secondo la strategia proposta dal Piano, mettere il cittadino al centro, noi invece lo abbiamo messo in uno scontro, sia per quanto riguarda l'offerta di servizi territoriali, che nei confronti di molti suoi rappresentanti.

Non sono l'unica a non aver dimenticato le proteste che ci furono quando si discusse la delibera di riorganizzazione, che di fatto chiudeva, depotenziava, tredici ospedali, trasformandoli in ospedali di comunità. Oggi di nuovo siamo a Sindaci che protestano per una serie di scelte che vanno contro i propri territori, contro quei cittadini che loro sono chiamati a rappresentare, per il diritto alla salute che devono garantire attraverso la compartecipazione.

L'ho detto in altre occasioni e lo ribadisco, c'è un grandissimo rispetto per il lavoro fatto in questi nove mesi, per i 150 soggetti uditi che sono venuti, che hanno studiato il Piano, che hanno letto e formulato delle proposte, ed anche per il lavoro della Commissione, nella quale ho presentato una marea di emendamenti, alcuni sono stati anche approvati, con i quali ho recepito il lavoro di quei soggetti, quello che erano venuti a chiedere, soprattutto dal mondo interno al sistema sanitario, soprattutto da chi lo conosce in maniera non ideologizzata, ma nel concreto perché è il proprio pane quotidiano.

I soggetti che sono venuti in audizione ci hanno detto che quelle cose che chiedevano nuovamente già le avevano chieste prima, ma nel Piano non le trovavano. Evidentemente c'era stata una frattura anche nell'ascolto che, diciamo, era stato prospettato come la base fondativa di quel testo approvato dalla Giunta, che noi abbiamo dovuto esaminare, pur in una evidente impossibilità di stravolgerne l'impianto. Quindi rispetto dei soggetti auditi, rispetto del lavoro fatto in questi 9 mesi, sono qualche cosa che certamente sarà utile, ma resto ferma nella considerazione che questo atto non deve essere approvato a quattro mesi dalla fine della legislatura, ma

deve essere rinviato e chi governerà fra quattro mesi potrà porre la propria idea di sanità e prendere quei suggerimenti che sono venuti e declinarli in un modello diverso rispetto a quello che in questi cinque anni è stato attuato nella nostra regione.

Inevitabilmente, dicevo, ma l'ha detto qualcuno anche in Commissione, oggi è l'occasione anche per fare il punto sulla sanità marchigiana e non possiamo nasconderci che tutti i nodi cruciali sono ancora sul tavolo irrisolti.

Partiamo dalle liste d'attesa, che era uno degli obiettivi di questa Giunta regionale. Presidente, non basta fare i comunicati, non bastano le pagine di giornali dicendo che le liste d'attesa sono a posto se poi un anziano di Recanati, che chiede una prestazione attraverso il CUP, viene spedito a Pergola. Io direi che questo è un disservizio e cito un fatto testimoniato che mi è stato riportato.

(interrompe l'Assessore Casini)

Elena LEONARDI. Torno a dire che i problemi restano tutti sul piatto, in particolare, il nodo cruciale del personale.

Non possiamo creare delle eccellenze attraverso gli atti, le creiamo quando investiamo sul personale, quando investiamo nelle eccellenze che ci sono e non facciamo in modo che se ne vadano. Vari medici, che sorreggono determinati reparti, che diventano eccellenze, portano una mobilità attiva. Oggi il cittadino è informato e sa quale reparto funziona e quale no, non è facendo una delibera che taglia i rimborsi per le trasferte dei malati oncologici che si forma un'eccellenza, obbligando i malati che non possono andare fuori a curarsi. Non è così che si crea un'eccellenza, l'eccellenza si fa crescere investendo nel personale, tagliando la mobilità passiva. Anche questo è un circolo vizioso che si crea nel momento in cui i medici bravi se ne vanno perché c'è anche, dobbiamo dircelo, una grande disparità da plesso a plesso, da ospedale a ospedale,

che a volte non è assolutamente giustificabile e spinge ..., come pure la scelta dei concorsi a tempo determinato, che ovviamente hanno un appeal diverso nei confronti di chi deve partecipare.

Sono tutte questioni che messe insieme danno il sintomo di una malattia, che è quella di non aver avuto la capacità di guardare in modo da aiutare e sostenere determinate realtà. Poi dobbiamo anche essere chiari, nelle Marche ci sono delle eccellenze tra il personale medico, infermieristico; tutto il comparto del settore si fa carico, e l'abbiamo sentito anche nella Commissione sanità, di scelte sbagliate fatte dai vertici e le pagano sulla loro pelle contrattuale. Abbiamo anche delle persone che lavorano al di sopra dei propri doveri, al di sopra dei mansionamenti contrattuali, sono quelle che mandano avanti sulle proprie spalle la sanità marchigiana. Per queste servono maggiore ascolto, maggiori incentivi e scelte perché se vengono messe nelle condizioni di lavorare meglio, si evita la mobilità passiva e si recuperano risorse da investire sul territorio.

Voglio ricordare questo dato, nel 2019 la mobilità passiva è arrivata a circa 200 milioni di euro, sono tutte risorse che paghiamo, perché evidentemente in tanti settori le scelte perpetrate in questi anni fanno sì che il paziente, il malato, che può, si rivolge altrove, ovviamente poi rimane a carico del nostro sistema. Quindi, lo ribadisco, le eccellenze si creano investendo sul personale e non lasciando che i malati siano costretti a scegliere di andare altrove.

Tutto il Piano si rivolge, in particolar modo, alle persone fragili, eppure abbiamo visto, anche qui mi piace essere pratica, che pur dovendo tracciare delle linee guida, va nel solco di quanto fatto fino ad oggi, quindi è bene guardare anche alle cose concrete.

Nel Piano mettiamo al centro le fragilità di tutti e di tutte le fasce di età, parliamo dal neonato all'anziano. Ebbene, noi abbiamo

avuto un evento che è quello del sisma che ha portato fragilità su fragilità, abbiamo avuto un'impennata di decessi degli anziani delle zone terremotate, purtroppo, è un sintomo evidente di come i servizi e le scelte non sono stati capaci di intercettare efficacemente un malessere, che ha portato a una mortalità al di sopra delle statistiche medie nazionali, anche delle medie regionali. Per essere efficaci dobbiamo capire quali sono i bisogni reali e non lasciarli unicamente scritti in una pagina o su 100/200 pagine del Piano.

In questa direzione andava anche un emendamento che è stato bocciato e che ripresento oggi in Aula, la bocciatura mi è rimasta del tutto incomprensibile perché fortunatamente avevamo avuto una misura positiva da parte del Governo, era quella che sanciva per i plessi ospedalieri il sistema dell'offerta sanitaria posto entro 30 chilometri dal cratere sismico, si andava in deroga ai dettami del DM 70 e non si doveva procedere al riordino e ai tagli. L'emendamento, che voleva recepire ... Presidente, il Piano socio-sanitario riguarda le annualità 2019/2021, siamo già a febbraio 2020, ma la criticità e la problematica del terremoto non si esauriranno nel 2021, quindi non certificare questa opportunità mi è parso qualcosa di incomprensibile rispetto ad un'opportunità che ogni tanto anche dal Governo ci arriva, anche perché una parte cospicua del Piano si indirizza allo svantaggio che le aree interne hanno, con una serie di attenzioni che dovrebbero essere rivolte a chi si trova in un territorio oggettivamente più difficile, per la difficoltà dei collegamenti o per la problematicità climatica dato che in montagna si ha anche qualche metro di neve. Abbiamo depotenziato e spogliato una realtà territoriale che oggi soffre e che vede ..., e qui mi rifaccio sempre alle incongruenze di un Piano che vuole guardare agli anziani e alle fragilità e poi di fatto ha abbandonato in questi anni molti anziani del nostro entroterra.

Un altro cardine, li cito perché sennò parliamo di cose a vanvera, è l'accessibilità alle cure, e torniamo al discorso di cittadini di serie A e cittadini di serie B nell'accesso alle cure, perché dalla riorganizzazione e dai tagli dei presidi di pronto soccorso, punti di primo intervento, Pat, chiamiamoli con tutti gli acronimi che vogliamo, ma si parla di presidi territoriali di emergenza, abbiamo visto una graduale diminuzione delle possibilità, in particolar modo per i cittadini dell'entroterra, di accedere ai servizi, che sono anche salvavita.

Guardi, Presidente, io non c'è l'ho assolutamente con l'elisoccorso, tanto di cappello al servizio e grandissimo rispetto per chi lo fa, in alcune situazioni è indispensabile, ma non possiamo pensare che sia sostituibile un presidio territoriale solo con l'elisoccorso, non ci sta nelle corde.

Veniamo a uno dei nodi più discussi che è quello delle strutture ospedaliere. Su queste si è inevitabilmente concentrato lo scontro in questi anni ed oggi andiamo a certificare una serie di scelte già fatte all'interno del Piano, come la scelta della riconversione o chiusura o depotenziamento, ognuno utilizza il termine che reputa più appropriato, dei piccoli ospedali, il passaggio di quelli che sono stati definiti ospedali unici provinciali.

Oggi è stato fatto un emendamento al Piano che, uscito dalla Giunta, parlava di ospedali unici nuovi, è stata sostituita la parola 'unici' con 'nuovi', ma la sostanza non cambia. Sono quegli ospedali su cui sono state avviate delle procedure. Anche qui, Presidente, lo dico a lei, ma evidentemente lo dico a tutti i Consiglieri di maggioranza perché non credo che lei sia l'uomo solo al comando, nonostante abbia tenuto la delega alla sanità, penso che ci sia la volontà dell'intera maggioranza sulla sanità, perché arriviamo a quattro mesi dal voto e le altre politiche, che poi alla fine sfociano in questo Piano, sono tutte state condivise dall'inizio del mandato fino ad oggi.

Facciamo un passo indietro, una critica anche alle modalità con cui sono stati individuati gli ospedali unici, gli ospedali nuovi, chiamateli come volete. Sapendo che era una questione spinosa, che avrebbe giustamente sollevato le ire di chi si vedeva togliere qualcosa vicino, che dava delle risposte per portarlo chissà quando e lontano, all'inizio avete fatto la scelta di affidarvi all'algoritmo, avete abdicato anche nella difficoltà e di fatto avete fatto fare la scelta più scomoda che, però, avete continuato a portarla avanti perché evidentemente la reputate corretta.

Questa situazione, evidentemente, ha creato una difficoltà oggettiva nei territori. Ricordo i Sindaci dell'alto pesarese, che erano quasi tutti del vostro colore politico, protestavano e non avete neanche voluto udirli in Commissione, quando io l'avevo chiesto, e si parlava di tagli. Era una delle due volte che lei, Presidente, è venuto in Commissione sanità in questi cinque anni, la prima è stata per presentarsi, la seconda in questa occasione.

(interventi fuori microfono)

Elena LEONARDI. Scusate, voi non mi ascoltate e poi intervenite su una cosa che non ho detto. Parlo della Commissione sanità, non della Conferenza dei Sindaci, se mi risponderete su una cosa che non ho detto, poi ci alteriamo.

Nella Commissione sanità quando è stata fatta la scelta, dopo la 735, di riconvertire i piccoli ospedali, c'erano al Piano di sotto, nella sala "Pino Ricci", oggi chiusa, una cinquantina o circa di Sindaci del pesarese che protestavano, fuori c'erano delle persone, e non sono stati uditi.

Il Consigliere Volpini mi conforta, se non altro, ricordando quell'episodio, io chiesi di mettere ai voti ..., non era una questione partitica. I Sindaci rappresentano un territorio e devono essere sentiti sempre e non solo nel momento in cui protestano, magari non audirli e poi richiamarli all'ordine

uno per uno, perché questo non è il metodo, per quanto mi riguarda, democratico e giusto.

Rispetto agli ospedali credo che vada fatto un accenno anche al rapporto con il privato. Ribadisco, l'ho detto sempre, non c'è da parte mia una lotta nei confronti del privato in sanità, non è corretto dirlo, ma quello che va detto, e lo faccio dal primo giorno che seguo la sanità in Commissione, è che il dovere e l'impegno di questo Consiglio regionale è di far funzionare la sanità pubblica. Abbiamo visto un ospedale riconvertito che andrà nelle mani di un privato. Un'ala dell'ospedale di Fano, addirittura parliamo del modello Fano, verrà dato in gestione al privato e questo è stato fatto con la mancanza di chiarezza nei rapporti con il privato. C'è anche una contestazione rispetto alla legittimità di un atto fatto dal Sindaco, è stata sollevata la competenza rispetto alla sanità, ma non mi addentro nelle questioni giuridiche, l'ha sollevata un componente della vostra maggioranza, non ho evidenziato io la questione, quindi, è inutile che borbotta nei miei confronti.

Il mio tempo è scaduto, avrei voluto illustrare il Piano, ma l'ha già fatto nel dettaglio il Consigliere Volpini, che va su obiettivi strategici, come: il sostegno alla fragilità dal neonato all'anziano; la qualità e l'appropriatezza dei servizi di trattamenti; l'accessibilità, la prossimità, l'equità e la sostenibilità del sistema.

Su questi obiettivi strategici possiamo dire che ad oggi le politiche fatte non hanno dato le risposte che i cittadini chiedevano. Non credo che nei vostri interventi ci direte se siete soddisfatti di quanto avete fatto fino ad oggi, farete voi la valutazione sul vostro operato in tema di sanità. Personalmente e ascoltando i cittadini, credo che non siete andati nella direzione giusta e poiché questo Piano avalla e prosegue le linee dettate in questi anni, penso, e lo ribadisco, che non vada approvato in questa legislatura, a quattro mesi dal voto, ma vada rinviato e

lasciato alla discussione e all'approccio diverso di chi andrà a governare fra quattro mesi questa Regione.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Marconi.

Luca MARCONI. Grazie Presidente. Questa mattina facciamo una chiacchierata calma, con molta rilassatezza di fronte a un atto che, non me ne vogliano il Presidente Volpini né il Presidente Ceriscioli con i quali condiviso lo stesso pensiero, non può essere caricato di aspettative, né di tensione che oggettivamente non ha.

Queste opinioni le ho espresse un anno e mezzo fa, in quest'Aula per ben due volte. Ricordo il forte dissenso con il Consigliere Giancarli, che stimo profondamente, d'accordo anche con i diversi esponenti minoranza, convinto che lo strumento tecnico del Piano, considerato come l'abbiamo inteso negli anni settanta, quando nasceva il mito della programmazione, non reggeva più.

La programmazione non regge più per due motivi sostanziali. Il primo è che il Piano ha senso se si muove in un contesto normativo che consente modifiche, e qui non c'è un consenso normativo che consente modifiche, tant'è vero che se qualcuno ha avuto l'opportunità di leggere le prime 68 pagine si è reso conto che sono letteratura, le pagine successive sostanza, cioè le schede tecniche che fanno un'onesta ricognizione dell'esistente con qualche novità, qualcuna gradita qualcun'altra meno, ma con qualche novità. Questo è un dato oggettivo che ci mette tutti sullo stesso Piano, chiunque andrà a governare - tanto ormai siamo a due mesi dallo scioglimento - potrà fare ciò che vorrà in sanità a prescindere dal Piano, perché è così, non avrà neanche bisogno di modificarlo. Anzi, se uno si vuole divertire può leggere quante espressioni dicono: questo servizio andrebbe migliorato, implementato, aumentata l'efficace,

affermazioni giustamente generiche che segnalano un'esigenza che tutti registriamo, chi non lo fa?

Il punto vero è: quali scelte questo Piano può contenere? Dentro lo schema rigido della Balduzzi e del DM 70 non cambia quasi nulla e lo dimostrerò attraverso alcuni emendamenti, quattro che ho presentato sono stati approvati, quattro vi apprestate a bocciarli perché cambierebbero qualcosa, ma vanno contrastati perché sono eccessivamente provocatori e non sono in linea con quello che c'è, poi farò gli esempi concreti.

C'è una novità, il Ministro della salute, assunto a grande notorietà a causa della influenza cinese, in realtà, già da alcuni mesi, ha fatto qualcosa ed ha annunciato timidamente che sta valutando la revisione del DM 70 per le piccole regioni. E' quello che aspettavamo dal 2015, da quando il DM è stato fatto. Il primo anno abbiamo preso dei pugni in faccia perché quel DM ci ha tramortiti e alla fine le Regioni hanno visto completamente esautorata la propria autonomia legislativa. Questo è primo passo importante, se viene fatto e si prende atto di una realtà oggettiva ..., perché la grande questione, che anche la Consigliera Leonardi ha sottolineato, della concentrazione delle strutture ospedaliere per acuti è ovvio che segue la storia e la geografia, e la geografia, Presidente Ceriscioli, viene insegnata poco e imparata meno, anche per la matematica non va meglio, questo Paese tiene poco conto dei numeri al di là degli algoritmi ...

(interventi fuori microfono)

Luca MARCONI. Stiamo perdendo cultura, l'unica cultura è quella letteraria o delle comunicazioni, invece la matematica, la geografia e la storia ci possono aiutare, nel senso che la concentrazione di Comuni e di popolazione in Sicilia è nella storia. In Sicilia un comune piccolo è di 40 mila abitanti, nelle Marche, un comune di 40 mila

abitanti è un capoluogo di provincia, come la mia Macerata. In Lombardia la stessa cosa. Ci sono territori in cui è facile comunicare, facile concentrare. E' facile a Brescia fare un nosocomio da più di 1.000 posti letto e avere attorno un'area di più di 40/50 chilometri che gravita su quell'unico nosocomio, e parliamo di quasi un milione di persone. Immaginate fare la stessa cosa nelle Marche, con un milione e mezzo di persone e un ospedale e mezzo, sarebbe inimmaginabile, quindi è chiaro che ci sono situazioni oggettive e se il DM 70 apre non ci dovrebbe dare criteri, ma libertà.

Non so che fine ha fatto la trattativa con il Governo sulle autonomie regionali, sarebbe importante che in quella entrasse anche questo aspetto.

Il secondo aspetto che manca al Piano sono i soldi, gli anni '70 sono stati gli anni della spesa, in alcuni casi positiva, in altri scellerata. Grandi riforme, abbiamo introdotto i vitalizi del popolo, cioè le pensioni di anzianità, che abbiamo dato a tutti e di questi vitalizi nessuno parla, parliamo solo dei vitalizi dei parlamentari, che tra le altre cose sono stati cancellati, però dei 3 milioni di persone che hanno una pensione di anzianità con versamenti mai fatti, o anche di chi è andato in pensione dopo 15/20 anni di lavoro, non ne parliamo ed oggi ai nostri giovani prospettiamo come minimo per la pensione i 75 anni di età. Bene, in quei anni del bengodi, di grande consenso e apertura sociale verso tutte le direzioni abbiamo speso e abbiamo speso bene in sanità. Finalmente, con la riforma successiva delle ASL, organizzazione della sanità pubblica, abbiamo garantito una cosa straordinaria, alla quale erano arrivati nel mondo, forse in Europa, solamente inglesi, un servizio pubblico generalizzato e l'assistenza non in capo al soggetto mutualizzato, ma in capo al soggetto persona. Chiunque è nel territorio nazionale ha diritto a questa cosa ed io la voglio ricordare perché non vorrei su questo arretrare. Qui il problema non è quanto pubblico e quanto privato abbiamo, il

problema è quanti soldi ci mettiamo. Negli ultimi anni abbiamo messo sempre gli stessi, questo è problema, 5/6 anni fa la spesa sanitaria aumentava di circa il 7% annuo, improvvisamente è stato annullato e conseguentemente anno dopo anno, bilancio dopo bilancio, siamo stati costretti a comprimere le spese per garantire l'aumento di altre, perché la spesa aumenta in presenza di una bassa inflazione ed in presenza di seppure piccoli aumenti del costo del personale, anche perché se i soldi che si ricevono sono sempre 110 miliardi è chiaro che i conti non tornano.

Questa è la motivazione di fondo per la quale, secondo me, l'ho detto un anno e mezzo fa, il Piano non serve a niente. Penso che, nel frattempo, i colleghi della Commissione sanità se ne siano accorti, il Piano è stato fatto, alcune modifiche fondamentali che riguardavano l'organizzazione sindacale, l'organizzazione personale, gli ospedali di rete, gli ospedali di comunità, i punti nascita, le case della salute, gli ospedali di comunità, sono state tutte realizzate, è stato fatto anche un primo accordo con i medici di medicina generale che non ha sortito quello che ci aspettavamo, ma comunque è stato avviato il processo,

Di fronte a questa situazione, ripeto, il mio scetticismo, come quello del Presidente Ceriscioli e del Presidente Volpini, mi unisco alle due massime autorità del settore, risponde a un dato di fatto, ad un dato di realtà.

C'è anche un'altra questione, che ha ricordato adesso la Consigliera Leonardi, che in qualche maniera ha frenato il Piano e l'ha esaltato in altre parti, e riguarda il fatto che viene preso in considerazione a fine legislatura, avendo anche inserito qualche scivolone demagogico che il DM 70, sappiamo, non ci consente di fare. Dall'altra parte frenare è preoccupate, perché a 2/3 mesi dal voto un Piano non si fa in quanto può essere soggetto a tutte le inevitabili pressioni di natura politico elettorale.

Il Piano alla fine diventa una riscrittura di buone intenzioni? Non è servito proprio nulla? In parte mi devo ricredere sul mio giudizio tranciante di un anno e mezzo fa perché una sua parziale utilità per me ce l'ha avuta, infatti, abbiamo ascoltato centinaia di persone, forse le 150 persone andrebbero unite a quelle che nel frattempo abbiamo sentito per il Piano sociale e a quelle che abbiamo sentito per i 5/6 manuali, spesso nella stessa settimana abbiamo visto per tre volte le stesse persone, che sono venute ogni una volta per una cosa diversa, ma sempre ci hanno parlato del Piano e hanno colto l'occasione per sottolineare alcuni aspetti. Quindi, c'è un bel materiale, una bella ricognizione, sono contento che alle audizioni abbiano sempre partecipato i tecnici mandati dalla Giunta, i dirigenti, che hanno ascoltato con attenzione quello che veniva detto, anche le nostre povere osservazioni, perché noi come Consiglio regionale cosa possiamo capire di sanità? Praticamente nulla, siamo una massa di ignoranti predefiniti per legge e qualcosa abbiamo detto in questo contesto, che ho scoperto, Consigliere Volpini, essere oggettivamente molto complicato. Questo è un altro dato.

Cosa possiamo fare da un punto vista politico rispetto a questo? Tutti diventiamo esperti, siamo diventati tutti medici, tutti esperti di sanità. Io come Socrate più so e più scopro di non sapere, più mi addentro in questa materia, sono 10 anni che mi occupo del sociale e del sanitario, e più mi rendo conto che è estremamente complessa, per questo ho fatto quella proposta sulle aziende, per la complessità che la sanità ha in sé ci sono elementi tecnici ineludibili.

Non parliamo di una soluzione per il turismo che può favorire più un'area o un'altra, parliamo della salute dei cittadini, della cosa più delicata e rispetto a questa non si può scherzare. Abbiamo sempre quei 112/113 miliardi, me la pongo questa questione e parlo da cittadino di un Comune come Recanati, che era il più grosso e che

ha visto cancellarsi il più grosso degli ospedali di polo nel giro di solo sei mesi, si è visto cancellare anche il punto nascita appena è sceso sotto ai 500 nati, mentre altri sono dovuti arrivare a 350. Segnalo alla Consigliera Leonardi anche questo fatto, ci sono cittadini serie A e cittadini di serie B non solo fra entroterra e costa, ma anche fra costa ed entroterra perché qualcuno ha visto cancellare subito il centro nascite appena ne sono state registrate 497. Le mie proteste sono servite a ben poco, dall'altra parte altri punti nascita, oltre quel limite, sono sopravvissuti con spese ingentissime per la pubblica sanità.

In questo contesto mi sento di dire che forse questo era un grande ragionamento da inserire nel Piano. L'Asur così com'è va bene, oppure no? Non vorrei arrivare ad una conclusione, ma è la premessa perché non si fa mai un ragionamento di natura strutturale. Oggi siamo abituati a questa perniciosa modalità di comunicare, a guardare sempre ed esclusivamente al problema che viene focalizzato, un piccolo problema in un contesto di migliaia, che bisogna risolvere, avendone il giorno dopo un altro. Questa è la modalità infantile di affrontare le cose. Non c'è una strategia. L'Asur ha 2,1 miliardi di finanziamento, va bene ancora così? Insisto, perché l'Asur diventa Azienda sanitaria con dentro tutto, poi abbiamo tre aziende ospedaliere e sanitarie. Sappiamo perché deve esistere Torrette, ma perché deve esistere Marche Nord e non Marche Centro o Marche Sud? Perché questa strana dicotomia? Perché nella storia è avvenuto questo ed allora dico che se questa è una storia positiva, confermiamola per tutta la Regione, questa è una linea. Ho presentato un emendamento in questo senso, so già che sarà bocciato, però una riflessione su questo andrebbe fatta, perché oggettivamente un'organizzazione così complessa, in cui tutti fanno tutto, non può funzionare, e questo è un mio giudizio personale, ben altri esperti potrebbero pronunciarsi in questa

maniera. Anche il modello dell'Azienda sanitaria unica, che ha avuto qualche imitazione in giro per l'Italia, non è stato così travolgente, quindi, una riflessione ce la dovrebbe indurre. Non sono dell'idea che l'Asur debba articolare a livello locale e ritornare a 5 aziende o Asur territoriali con personalità giuridica, questo secondo me sarebbe un errore clamoroso, il passaggio l'abbiamo fatto, non lo pongo sul Piano del controllo politico, lo pongo sul Piano dell'aspetto organizzativo. Che il controllo politico ci sia ..., ecco l'emendamento che non è passato in Commissione, che non ho voluto neanche far risorgere in altra forma, prevedeva di vedere in quest'Aula il bilancio.

Questo è un vulnus enorme, noi abbiamo un bilancio, Consiglieri regionali, di 350 milioni all'anno, abbiamo il bilancio del Comune Ancona o poco più, perché la rimanente spesa della sanità, sia per partite di giro, per conto capitale o per spesa, non la vediamo. Sarebbe ora che il bilancio della Regione sia visto da tutto il Consiglio, che se ne assume la responsabilità, facendo emendamenti ad hoc.

Per esempio, da Sindaco di Recanati negli anni 90 ho fatto le mie grandi battaglie contro la tendenza all'accentramento che veniva da Ancona, in modo particolare dall'ospedale di Torrette, mi sono ricreduto nel tempo su cosa significa avere nel territorio un piccolo servizio in più, quando poi si mette a rischio un servizio salvavita, che oggi c'è nell'ospedale di Torrette. Questi sono ragionamenti seri da fare ed occorre avere il coraggio di farli in barba a tutte le demagogie e a tutte le pressioni politiche che possono arrivare da qualsiasi parte. Questi pensieri mi hanno portato a questo tipo di proposta, unitamente al fatto che a livello provinciale, o di Asur o di area vasta, dovremmo considerare almeno un sistema di controllo stabile su tutte le attività dell'Asur e non stiamo parlando di briciole perché l'Asur della provincia di Macerata ha un bilancio di 350 milioni, esattamente lo stesso che qui decidiamo, solo che lì è

gestito da un Direttore di Area vasta, mentre qui è gestito da 30 persone. È vero che non facciamo solo questo, è vero che l'Assemblea legislativa è l'Assemblea legislativa, però da un punto vista amministrativo mi sembra che questa sproporzione sia enorme.

Mi si dice che la divisione fra acuti e non acuti è sbagliata, se è sbagliata applichiamola ovunque, sciogliamo Torrette sciogliamo l'Inrca, anche Marche Nord e facciamo l'Azienda unica regionale, perché noi non abbiamo l'Azienda unica regionale, abbiamo l'Azienda unica regionale meno Torrette, meno Marche Nord, meno Inrca.

Sono dell'idea che queste scelte siano state appropriate e che il collegamento fra acuti e non acuti si realizza da un punto di vista funzionale. Non c'è bisogno che ci sia un collegamento sul Piano istituzionale e strutturale perché quella che fa la differenza è la nuova filosofia che la sanità ha assunto in tutto il mondo, ed è giusta, cioè che l'acuzia sia l'ultima spiaggia alla quale si deve ricorrere ed è per questo che viene smontata l'idea dell'ospedale.

L'idea di ospedale, intesa come struttura, in cui la sanità è grande è vecchia, l'idea nuova, e questa sorta di epidemia ce lo dimostra, è la prevenzione. In questi cinque anni abbiamo fatto molte leggi che mirano alla prevenzione, si pensi all'alimentazione, alle dipendenze, ma il vero dato è quello antico, è quello dei nostri nonni: cerchiamo di vivere bene e di non entrare mai in ospedale, questo è il grande risultato che la sanità pubblica dovrebbe raggiungere, la sanità in genere dovrebbe raggiungere, quello di mandare in ospedale meno persone possibili, di andarci per poco tempo, quello necessario per la cura della condizione di acuto e poi immediatamente ritornare in carico presso la famiglia o le strutture territoriali che sono deputate alla riabilitazione, al sostegno e ad altro.

Tra gli emendamenti che sono stati accolti tengo a sottolineare quello sulla semplificazione, il Consigliere Volpini dice

che è una mia fissa, ma parlando di complessità nessuno sa in Regione che abbiamo 114 strutture socio-sanitarie di tipologie diverse. In alcuni casi una tipologia di struttura serve 25 persone ed un'altra tipologia, gli ospedali, serve 1,5 milioni di persone. C'è qualcosa che non funziona dal punto organizzativo, abbiamo esagerato in questo senso.

Vorrei anche evidenziare che per quanto riguarda le aree interne invece di avventurarmi su cose che ho votato, mi sono permesso di introdurre un sistema di criteri. Il Piano doveva essere zeppo di riferimenti ai criteri. Per le aree interne, non parlo di aree disagiate, abbiamo fatto un emendamento e l'abbiamo votato, ma sappiamo che andremo ad impantanarci con il DM 70, perché dei criteri per le aree disagiate le Marche non li ha, quindi dovremmo aspettare che si allarghino le maglie del DM 70 per poter fare le cose che auspichiamo, a cominciare dai punti di primo intervento. Dico semplicemente di dare dei criteri numerici doppi nelle aree interne rispetto a quelli delle aree costiere e collinari, perché se nelle aree costiere e collinari per fare una struttura ci vuole 100, dobbiamo immaginare che nelle aree interne ne basti 50, questo è il punto e con questo abbiamo risolto tutto, lo applichiamo su tutto, dalle residenze per il ricovero dei bambini fuori famiglia, fino alla struttura ospedaliera. Credo che da qualche parte, Emilia-Romagna in testa, è stato fatto. Quando nel 2011 abbiamo cominciato a ragionare del riordino del sistema ospedaliero, prima del DM 70, stavamo ancora con la Balduzzi, ci era stato spiegato come un dato assoluto, come una sorta di dogma, che i vecchi ospedali di polo, i 13 ospedali di polo, dovevano essere cancellati. Cosa è successo? I nuovi criteri prevedevano che gli ospedali di base dovevano avere come minimo un pronto soccorso ed insieme l'ortopedia, la medicina e la chirurgia. C'era una logica perché un ospedale senza queste tre

possibilità immediate di intervento non serve a nulla ed è inutile portare la persona che ha bisogno della sala operatoria in un posto dove non c'è. Non potendo avere questo numero di reparti in tutta la regione, perché avevamo 24/25 ospedali e avremmo dovuto avere 25 chirurgie, 25 medicine, 25 ortopedie, la cosa è stata fortemente ridotta, cominciando dagli ospedali più piccoli. Questo però non è successo per tutti, abbiamo fatto un'eccezione, non mi dispiace che sia stata fatta, sono contento che sia stata fatta, però nel progetto di riordino, quando doveva essere indorata la pillola, ed io su questo ho fatto tanto di conferenza stampa che di assemblee sindacali nella mia città, si era detto che gli ospedali di comunità, quelli che noi chiamiamo ospedali di comunità, allora si chiamavano semplicemente ex ospedale di polo, avrebbero potuto mantenere i PPI e la lungodegenza. L'anno successivo non è stato possibile farlo, però ci sono state delle eccezioni, ed anche qui non voglio fare i nomi, ma ci sono ex ospedali di polo che hanno la lungodegenza e addirittura ci sono nuove strutture che fanno piccoli interventi chirurgici. Ragionando con un po' di buon senso, qual è il problema se nei nostri intasati ospedali, penso agli ospedali di rete, in un anno alleggeriamo di 10/15 posti di lungodegenza per specialistiche fondamentali? Com'era a suo tempo, per esempio, in provincia di Macerata, Recanati era la lungodegenza di Civitanova e Tolentino era la lungodegenza di Recanati, qual è il problema? Si tratta di spostare i medici, certo non è qualificante andare a lavorare in ospedali in cui c'è solo lungodegenza o riabilitazione, però cominciano. Se insieme a questo, avendo i medici all'interno di queste strutture, si mantiene un PP che fa i codici bianchi e verdi non penso che muoia nessuno e nel frattempo, avendo ottime sale operatorie che vengono sfruttate per piccoli interventi, si potrebbero abbattere le liste di attesa che abbiamo negli ospedali di rete. Penso che

non sia un problema. Quanto costerebbe tutto questo come spesa aggiuntiva? Sono strutture già aperte, quindi non ci sono costi di gestione di struttura, si tratterebbe di spostare medici esistenti e ne potremmo assumere qualcuno in più se troviamo, perché anche questo è un problema, 10 milioni, 15 milioni, 20 milioni di euro. Non credo che sia una grande cifra e da parte dei Governi nazionali ci potrebbe essere questa possibilità, una semplice regola di libertà, che la Regione, le Regioni dovrebbero rivendicare. Dovrebbero essere dati loro 2,95 miliardi all'anno, dentro regole certe (la garanzia dei Lea è fondamentale), ma se si deve spostare qualche piccola cifra da un capitolo all'altro ci sia la possibilità di farlo. Queste è il minimo che le Regioni debbono chiedere per rivendicare la propria dignità e dare risposte vere e non demagogiche ai propri cittadini.

**Presidenza del Vicepresidente
Renato Claudio Minardi**

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Giancarli.

Enzo GIANCARLI. Grazie Presidente. Credo di poter dire che l'esauritiva e puntuale relazione del Consigliere Volpini mi permette di sottolineare alcuni aspetti e di eluderne altri, come pure l'intervento del Consigliere Marconi di cui condivido molte cose, poi dirò invece su cosa non concordo. Vorrei evitare ripetizioni e in qualche modo poter dare un contributo in questa discussione che si è aperta anche con la relazione della Consigliera Leonardi, non soltanto del Consigliere Volpini.

Partirei dal primo dato, il Piano sanitario precedente aveva il 2014 come termine temporale e sono convinto che, su questo non concordo con il Consigliere Marconi, un Piano serva e sono anche convinto, dopo il lavoro che è stato fatto, che debba essere approvato, anche perché al di là delle maggioranze politiche, non è questo che a

me interessa, sono i marchigiani che le stabiliscono, la nuova Assemblea Legislativa potrà modificare il Piano, però un conto è non averlo, proprio perché serve, un'altra cosa è modificarlo. Credo che questo sia uno dei primi aspetti, fondamentali, è poi la gestione che attiene al Piano.

Debbo dire che sin dall'inizio della legislatura ho posto la necessità di un nuovo Piano - questo è riscontrabile dagli atti, ho fatto mettere a verbale persino alcune dichiarazioni e la stessa Consigliera Leonardi lo ha riconosciuto in Aula, e colgo l'occasione per ringraziarla - come momento importante della programmazione, poi la mia, la nostra attenzione in Commissione è stata indirizzata alla sua costruzione su una seria analisi di ciò che funziona e di ciò che va potenziato o superato, quindi, criticità e i punti di forza, insomma, un Piano chiaro, adeguato, puntuale, rispondente ai bisogni dei cittadini, fatto non soltanto di principi ed enunciazioni. La domanda è questa: ci sono riuscito, ci siamo riusciti? C'è anche una situazione che si intreccia con la quotidianità, a volte anche pesante.

Ho anche alcuni emendamenti per l'Aula, ma quelli, come già anticipato dal Consigliere Marconi, li illustrerò dopo, nel momento in cui li voteremo, altri li ho presentati in Commissione, alcuni da solo, altri con il Consigliere Volpini, i rimanenti insieme ad altri colleghi, alcuni collettivi della Commissione. Penso a quelli relativi al ruolo dell'Inrca e della ricerca, ma anche ad altri, agli ospedali di comunità, anzi ce n'è uno che mi interessa di più, che è stato approvato all'unanimità dalla Commissione. Il Consigliere Marconi ha evidenziato l'importanza di avere risorse, certo che è fondamentale averle in sanità, nel diritto fondamentale dei cittadini, ma credo che sia importante la sanità pubblica, quindi questo emendamento, che all'unanimità in Commissione abbiamo approvato, prevede, per assicurare un'adeguata risposta ai

bisogni di salute della comunità ed evitare che nell'ambito sanitario crescano le diseguaglianze, di accrescere la qualità e l'efficienza del servizio sanitario pubblico, sia per gli investimenti tecnologici che per le risorse umane. Questo è un primo aspetto su cui ritengo non sia rilevante aggiungere altro, però sottolineo la necessità del Piano.

E' stato ricordato che nel Piano, ed è scritto - mi associo ai ringraziamenti che ha fatto il Consigliere Volpini alle persone che ci hanno lavorato - c'è un riferimento chiaro all'articolo 32, anzi è trascritto integralmente l'articolo 32 della Costituzione, che per brevità non riprendo, poi c'è la legge 833/1978, e due parole vanno dette sul suo carattere universalistico e solidaristico. Voglio leggere anche alcuni passi brevi a partire dall'articolo 1, è stata una grande riforma, in cui è scritto chiaramente che la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, qui riprende l'articolo 32 della Costituzione, mediante il servizio sanitario nazionale, quello dello Spallanzani, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio e anche la formazione di una moderna coscienza sanitaria, la prevenzione delle malattie, degli infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro, la promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro, il superamento - poi quando illustrerò gli emendamenti mi ricollegherò a questo aspetto - degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del Paese.

L'articolo 32 della Costituzione, la legge 833/1978, la sanità che non si esaurisce con il sistema dell'offerta, con il complesso delle strutture, dei momenti territoriali (dalla prevenzione, agli ospedali, alla filiera della cronicità) ma c'è un'analisi dell'Organizzazione mondiale della sanità, l'ha detto anche il Consigliere Volpini, che evidenzia che la salute è determinata in larga parte da fattori di carattere socio-

economico - ecco l'importanza di scelte coraggiose e responsabili, anche scientifiche - dall'ecosistema, dall'ambiente, dal patrimonio genetico.

Lo dico in modo obiettivo, l'attuale Ministro della salute, rispetto a questi aspetti, alla legge 833/1978 e quindi della Costituzione, ha invertito la tendenza e dopo tantissimi anni ci sono più risorse per la sanità, ogni volta che lo sento sottolinea anche sanità pubblica, quindi, complimenti.

L'unica volta in cui la Costituzione utilizza l'aggettivo fondamentale per qualificare un diritto dei cittadini lo fa con l'articolo 32, quello sulla salute, una definizione non solo come assenza di malattia, bensì come benessere globale che coinvolge in positivo, come ho detto, una serie di profili ambientali, sociali e la sicurezza delle condizioni di lavoro, tutte espressioni della vita, dell'identità e della libertà della persona.

In Italia, di fronte a questo quadro, mi spingo avanti nella regionalizzazione, fermo restando che le Regioni devono essere guidate da Presidenti e non da Governatori, quindi, in un processo di regionalizzazione sanitaria il compito è ben delineato: offerta di salute e uguaglianza di tutti i cittadini rispetto all'accesso alle cure. Determinanti sono le grandi risorse umane e professionali, non voglio ricordare ancora lo Spallanzani, ma potrei ricordare le tante eccellenze marchigiane, lo sforzo di tanti medici, di tanti operatori sanitari, di tanti infermieri, di tanti tecnici, potrei continuare, persone che fanno il servizio sanitario, senza di loro non ci sarebbe. Bisogna investire nella scienza della vita, nella ricerca, in un rapporto stretto tra servizio sanitario e mondo della formazione, dell'università, anche per avere infrastrutture materiali e tecnologie, settori industriali come la farmaceutica, ma penso anche alle telecomunicazioni, all'informatica, alla domotica ed anche ad un parco tecnologico, a volte le liste d'attesa nascono anche da questi fatti, quindi investimenti continui, non solo per rispondere alla vetustà, un turnover delle

tecniche obsolete, ma per essere al passo con l'incedere incalzante delle nuove tecnologie, della domotica, della robotica e degli altri aspetti legati all'informatizzazione.

Il Consigliere Volpini, mi ha insegnato, non tanto come Presidente di Commissione, ma come medico di medicina generale, l'importanza del fascicolo sanitario elettronico, la storia clinica del paziente, indispensabile per andare avanti con le terapie moderne, con la presa in carico del soggetto, la tracciatura delle storie utili per cure puntuali e per evitare la duplicazione degli esami, per non parlare dell'inappropriatezza e della cronicità. Sulla post-acuzie ho un emendamento di cui poi dirò, non mi ci soffermo ora per rispettare i tempi.

Modelli organizzativi, ospedali per intensità di cura, servizi territoriali, maggiore coinvolgimento dei medici di medicina generale e qui penso all'importanza della capillarità dei servizi territoriali, questo è un altro aspetto fondamentale.

Dobbiamo stabilire, fissare, la centralità dei bisogni dei cittadini, in questo Piano forse dal punto di vista teorico ci siamo, poi, ripeto, sono sempre dell'avviso che un Piano deve seguire e deve precedere la gestione, dipende da quale facciamo. Il servizio sanitario come riferimento, l'ha ricordato il Consigliere Marconi prima, i livelli essenziali di assistenza. Voglio poi articolare in alcuni grandi capitoli le scelte, anche di carattere scientifico: nella prevenzione, nei luoghi di lavoro nel distretto (penso ai consultori, all'assistenza domiciliare, agli ospedali), con il riordino, com'è stato detto, della rete ospedaliera, della rete di emergenza-urgenza e dell'integrazione socio-sanitaria.

Noi abbiamo un compito, quindi, pongo di nuovo la domanda: l'abbiamo fatto fino in fondo? Abbiamo letto, conosciuto e dato risposte ai bisogni dei cittadini marchigiani, con riferimento anche alle grandi aree di cui ho parlato, poc'anzi, dalla prevenzione, agli ospedali all'integrazione socio sanitaria?

Per quanto riguarda le liste d'attesa sappiamo che esistono e che si sta lavorando, dobbiamo fare sempre di più per superarle, assumere le necessarie decisioni in caso di bisogni non soddisfatti e di carenza nell'offerta. Queste sono le scelte, a mio avviso, che in larga parte sono contenute, che vanno attuate, che vanno perfezionate, che dobbiamo insistere, ma dentro sani e saldi i principi: centralità dei bisogni dei cittadini, diritto alla salute dei marchigiani.

Da uomo del fronte progressista sono abituato a muovermi tutto campo, sempre, anche verso inediti approdi, dalla Bolognina al Lingotto, ma con idee e valori netti e credo di poter dire moralmente alti, allora colloco uno strumento come il Piano dentro le mie antiche e profonde aspirazioni: giustizia sociale e liberazione umana, aspirazioni che possono essere assicurate a tutti i marchigiani soltanto da una sanità pubblica.

PRESIDENTE. Chiederei ai colleghi di rispettare i tempi assegnati, alle 13,30 chiudo le prenotazioni a parlare.

Ha la parola il Consigliere Busilacchi.

Gianluca BUSILACCHI. Grazie Presidente. Anche da parte mia un ringraziamento non formale agli uffici per la dedizione e la passione con cui hanno portato avanti i lavori in questi mesi, ai Consiglieri, ai colleghi ed al Presidente della Commissione. Avendo svolto nella passata legislatura questo ruolo so quanto è complicato e impegnativo seguire la stesura del Piano sanitario e le sue modifiche, mi sia consentito anche un ringraziamento agli operatori che reggono la sanità marchigiana, a cui va sempre il nostro ringraziamento.

Anticipo che allo stato il giudizio di Articolo 1 su questo Piano sanitario non è positivo, quindi, non ci può essere un voto favorevole, ho però un emendamento e confido che possa essere accolto.

Le prime perplessità sono sul metodo e sui tempi, è vero, ha ragione il Consigliere Giancarli è meglio avere un Piano che non averlo affatto. Io sono stato tra coloro che si sono battuti per averlo, però, di fatto, colleghi, lo stiamo facendo a fine legislatura. In questo periodo abbiamo governato la sanità soprattutto con delibere di Giunta, sarebbe stato più utile avere un atto di programmazione all'inizio ed il Consiglio si sarebbe potuto confrontare sul principale atto di indirizzo della Regione Marche, invece anche in questo atto rimandiamo ulteriormente ad alcune delibere di Giunta, sei mesi sono pochi, quindi, meglio averlo che non averlo? Per me sarebbe stato utile averlo alcuni anni fa.

Non dico che non necessita un confronto, i numeri che avete ricordato lo dimostrano, però, cari colleghi, bisogna essere onesti: qual è l'esito di questo confronto? Il parere del Cal, cioè di tutti i Sindaci, è positivo, ma se lo leggiamo, esprime che il Piano ha un carattere generico e poco discusso e non ravvisando elementi emendabili esprime parere favorevole, non mi pare, come dire, che ci sia stata una ola, diciamo così.

Il Crel non esprime parere favorevole, il Crel rappresenta i sindacati che hanno espresso palesemente un parere contrario, le categorie, il mondo dell'economia, lo leggo testualmente: ci sono importanti limiti che ne pregiudicano l'impianto complessivo, in particolare permangono: l'omissione del tema del riassetto della governance complessiva del servizio sanitario regionale, la mancata attuazione del proposito di portare a coincidenza distretti sanitari e ambiti, su cui tornerò, come a dire che il confronto c'è stato, però dal punto di vista dell'esito, ecco, qualche dubbio c'è.

Anch'io voglio riprendere il contesto politico in cui si colloca questo Piano, un ambito molto positivo per la sanità pubblica, per l'attuazione piena dell'articolo 32 della Costituzione. Ha fatto benissimo il

Consigliere Volpini a ricordare quello che è successo ieri, quando tre ricercatrici donne, di cui una precaria ..., forse in queste ore, come spesso avviene, ci si accorge dei precari, quando fanno qualcosa di positivo. Grande risultato: la ricerca del sistema sanitario nazionale a livello internazionale isola il coronavirus e offre una soluzione. Di fronte al grande sforzo portato avanti dal Ministero della salute, sono onorato che il segretario del nostro partito sia Ministro, credo che siano indegne le twittate del leader della Lega Salvini che dice cose che non c'entrano assolutamente niente, come la chiusura dei porti legata coronavirus, questo ci dimostra a che livello è la politica italiana.

La verità di questi mesi del Ministro alla sanità è: il più importante aumento del finanziamento del sistema sanitario nazionale degli ultimi vent'anni, più 4,5 miliardi nei prossimi 3 anni, l'aumento della spesa personale del 10% nei prossimi 3 anni, che può aumentare fino al 15%, la stabilizzazione dei precari, che coinvolgerà anche l'Inrca perché sono stati stabilizzati tutti i precari degli Irccs, l'abolizione del super ticket, insomma nel suo quarantunesimo compleanno direi che il servizio sanitario nazionale può stare tranquillo con questo Governo.

Una cosa la voglio dire, tra l'altro io sono anche responsabile nazionale della sanità del partito - la dico anche per le persone che vedo qui che immagino siano venute dall'entroterra - abbiamo un tema che riguarda la sanità nazionale, che è quello del DM 70, che nasce da alcuni criteri giusti dal punto di vista scientifico, inattaccabili dalla medicina basata sull'evidenza, ma la sanità e la politica sanitaria non possono essere schiave delle briglie della scienza nell'erogazione e nell'organizzazione della sanità pubblica. Questa è una nostra battaglia nazionale e ci stiamo impegnando già da alcune settimane per cambiarlo, specialmente per quello che riguarda le aree interne.

Vengo al Piano, credo che di base ci sia un problema di impostazione, dato che manca una relazione organica tra l'analisi dei dati, l'individuazione delle criticità, la scelta gerarchica delle priorità e l'attuazione, indicando obiettivi, risorse, indicatori, responsabilità, chi fa che cosa, e valutazione. Non è che non ci sono parti buone del Piano, ma manca questa connessione.

Ricordo quando il Presidente Ceriscioli in campagna elettorale ha detto una cosa che ho condiviso molto, e cioè che avremmo dovuto all'inizio di questa legislatura attuare le parti non attuate del vecchio Piano. Perché quelle parti non sono state attuate? Cosa non ha funzionato? Quali sono gli elementi di criticità, come li rileviamo e come li attuiamo, sulla base di quali scelte? Questa cosa non è chiara, per cui il mio emendamento di fondo chiede, in estrema sintesi, poi lo illustrerò meglio, che su alcuni punti centrali del Piano: riordino rete ospedaliera, riordino della rete emergenza-urgenza, Piano dell'edilizia sanitaria, prevenzione, potenziamento delle aree interne, si dica come si attuano le scelte, non si rimandi a generici principi di fondo, ma si dica come si fanno le scelte e con quali risorse, come si spostano il personale e le risorse. In assenza di questo, rimane una interessante narrazione su aspetti condivisi.

Vengo ai commenti specifici. Il primo aspetto riguarda il sistema informativo e le fonti di dati. Il sistema informativo, colleghi, deve essere alla base della nostra sanità, perché è dall'analisi dei dati delle criticità e delle conseguenti scelte su cui dobbiamo basarci, invece le fonti dati del Piano sono, come dire, un po' casuali, non esistono dati strutturati, ad esempio, sull'Adi, sulla salute mentale, sulle residenze sulla mobilità, serve una maggiore cronicità.

La parte discorsiva del Piano è condivisibile, del resto riprende alcuni principi che in questi anni sono stati sempre condivisi nelle Marche, in tutte le Regioni di centrosinistra, direi ormai tutte le regioni,

come il fatto che bisogna passare dall'ospedalizzazione al territorio, un'attenzione particolare alla cronicità, un'attenzione particolare all'integrazione socio-sanitaria, sono tutti aspetti, come dire, condivisibili, ma perché non sono stati attuati? Ecco, questo aspetto non si dice.

Il vecchio Piano aveva un elemento chiaro sul riordino della rete ospedaliera, un solo ospedale di secondo livello, gli ospedali di rete, quelli che sono nei distretti, e la riconversione dei poli ospedalieri, oggi segnalo un arretramento rispetto a quella struttura, primo, perché non riusciamo a capire se gli ospedali di primo livello ne abbiamo 1 o 2, c'è stata la delibera di Giunta che aveva istituito un nuovo ospedale di livello, il Piano ritorna indietro, dice che ce n'è una solo, ma quella delibera, non si sa che fine abbia fatto, quindi, sugli ospedali di secondo livello non c'è chiarezza. Gli ospedali di rete sono rimasti gli stessi perché le reti cliniche dipartimenti funzionali non hanno funzionato come noi auspicavamo non è del tutto chiaro, ed infine, colleghi, sulla riconversione dell'ospedale di polo siamo tutti d'accordo sul fatto che bisogna fare delle case della salute, ospedali di comunità, chiamiamoli come vogliamo, perché non hanno in gran parte trovato luce?

Presidente, so che in gran parte sono problemi di gestione sindacale, chiamiamoli così, però credo che negli atti di programmazione sia necessario capire come si superano questi strumenti, oppure le indicazioni di principio rimangono tali.

La prevenzione è stata sempre uno dei cavalli di battaglia delle politiche di sinistra, eppure la prevenzione nelle Marche è sotto finanziata.

Sulla rete di emergenza e sui tempi di attesa del pronto soccorso il Piano riconosce una criticità che condivido, si dice che c'è un eccessivo ricorso al pronto soccorso e difficoltà nelle dimissioni, verissimo, ma qual è la ricetta per uscire da questo stallo?

Credo che il rapporto tra ospedale e territorio rimanga il tema centrale, da questo punto di vista sono esattamente all'opposto del Consigliere Marconi che sostiene che, sostanzialmente, è necessario mantenere l'Asur e aumentare le numerose aziende ospedaliere. Penso che vada fatto esattamente il contrario, abbiamo sempre detto che abbiamo bisogno di meno ospedali e più territorio, più attenzione ai territori, ritengo che se ne possa uscire solamente dicendo che il gigantismo dell'Asur in questi anni non ha funzionato, serve portare più attenzione nelle aziende sanitarie e le aziende ospedaliere non sono la soluzione adatta ai bisogni del territorio. Serve, invece, capire a che punto sono gli ospedali di comunità, capire come si fa nei territori e nelle aziende sanitarie l'integrazione socio-sanitaria, è utile andare ad una coincidenza tra ristretti ambiti, però, come dire, questo dibattito è ancora aperto.

Vengo al tema delle aree disagiate, mi dispiace che i cittadini che se ne sono andati non possono sentire il punto su cui probabilmente si lamentavano perché è del tutto evidente che al territorio dell'entroterra il tema dell'Azienda ospedaliera non può riguardare, però è necessaria più attenzione da parte di tutti, da parte della politica, ma anche da parte di chi ascolta perché si cresce insieme.

Abbiamo un ritardo sulla strategia delle aree interne. È vero, credo che in gran parte si possa risolvere con una revisione del D.M. 70, su cui ho già espresso la nostra intenzione di andare avanti. Noi avevamo due ospedali di area disagiata, questo è un errore della vecchia legislatura, non dell'attuale, e non si sapeva bene sulla base di quali criteri, perché Amandola e Pergola avevano dei criteri e gli altri ospedali no? Non è stato dato di sapere, in Commissione questi ospedali passano da 2 a 5 e dal punto di vista del criterio rimane oscuro, se non un criterio politico, capire perché Cingoli, Cagli e Sassocorvaro sono entrati e non per esempio Fossombrone o altri. Ritengo che

sarebbe più utile capire - tra l'altro il numero è incoerente col DM 70, cinque ospedali dell'area disagiata, quindi rischia di essere respinto - nelle more della revisione del DM 70 che cosa devono fare gli ospedali di area disagiata e quali funzioni avranno, perché poi si rimanda di nuovo ad una delibera di Giunta. Bisogna stare attenti perché i cittadini non si possono prendere in giro, il DM 70 dice espressamente che in tali presidi ospedalieri, quelli d'area disagiata, occorre garantire un'attività di pronto soccorso, ma essi sono strutture a basso volume di attività con funzioni chirurgiche, non prettamente di emergenza e con un numero di casi insufficienti per garantire sicurezza e prestazioni. Io non vorrei mai avere sotto casa un ospedale che non garantisce la sicurezza e le prestazioni, dal mio punto di vista, so di dire una cosa impopolare, ho sempre detto per onestà intellettuale quello che penso, sarebbe utile nell'entroterra avere molti ospedali di comunità, molte case della salute che funzionano bene e che garantiscono al cittadino poliambulatori, cronicità e punti di primo intervento, piuttosto che avere delle strutture con dei piccoli reparti che garantiscono poca funzionalità e poca sicurezza, secondo me non è la soluzione migliore.

Per quanto riguarda il discorso dei privati, il Piano dice che limiterà l'attività dei privati, ma negli ultimi mesi sono nate due nuove case di cura, Fano e Sassocorvaro, tra l'altro Sassocorvaro diventa ospedale di area disagiata privato, sono aumentati gli accordi triennali in aumento di budget per tutte le strutture private. Non sono ideologicamente contrario al privato, ma di nuovo, cerchiamo di capire come si colloca la sanità privata all'interno di un sistema a base pubblica e in funzione complementare alla sanità privata non può essere una logica competitiva.

Per quello che riguarda gli ospedali unici, mi scuseranno i colleghi, credo che dopo l'intervento della Commissione ci sia stata

più confusione di prima, perché la Giunta diceva ospedali unici, adesso diventano ospedali nuovi, sono unici o sono nuovi? Non mi è ben chiaro. Nelle province ci sarà un solo grande ospedale o ci saranno nuovi ospedali? Questi elementi di poca chiarezza, mi sia consentito, ed il fatto che il Piano cade in una fase politicamente delicata, non aiutano a capire qual è la riorganizzazione della rete ospedaliera marchigiana.

Concludo dicendo che apprezzo alcune parti del Piano, apprezzo i principi indicatori, apprezzo il lavoro che è stato fatto dalla Commissione, pur non condividendone alcuni aspetti, però, dal mio punto di vista rimane questo vizio di fondo, poi lo illustrerò meglio nell'intervento sull'emendamento, quindi, il voto sarà condizionato dall'approvazione dell'emendamento. Grazie.

PRESIDENTE. Considero chiuse le prenotazioni di intervento, considerate anche la mia, dato che il sistema non mi permette di prenotarmi nel momento in cui sono alla Presidenza, e quella del Presidente Ceriscioli.

Ha la parola il Consigliere Carloni.

Mirco CARLONI. C'è una riunione in corso con i comitati, forse i Consiglieri che si sono assentati vorranno intervenire. Tenga presente questo.

PRESIDENTE. Il Presidente ha detto che avrebbe chiuso le prenotazioni alle ore 13,15. Se ci si vuole prenotare basta venire un attimo in Aula e premere un tasto.

Mirco CARLONI. Grazie Presidente. Il Piano sanitario che approda oggi in Aula arriva a soli quattro mesi dalle prossime lezioni regionali e purtroppo con cinque anni di ritardo. Basterebbe questo dato per descrivere il carattere politico di questo atto che rappresenta la sintesi perfetta di questi

cinque anni di Governo, promesse, parole, occasioni mancate ed errori.

Considerato che il precedente Piano è scaduto nel lontano 2014, che ci sono stati molti anni per portare all'attenzione dell'Aula una nuova proposta da attuare e rendere operativa, è del tutto evidente che questa è una precisa scelta politica di questa maggioranza che tenta con questa operazione di nascondere l'operato compiuto in questi anni. Cinque anni di critiche su problematiche sanitarie che non hanno mai trovato adeguate risposte da parte della politica regionale, con la conseguenza che si è persa parte della fiducia dei cittadini verso il sistema sanitario regionale.

Le lunghe liste d'attesa, la chiusura di 13 ospedali, la chiusura di reparti ospedalieri, la riduzione dei servizi domiciliari, la mancanza di personale e le inefficienze nelle prenotazioni delle visite, la fuga dei medici e le difficoltà nelle assunzioni, sono queste soltanto alcune delle problematiche quotidiane con cui chiunque di noi ha dovuto fare i conti in questi anni, raccogliendo dal territorio quotidianamente un grido di protesta e di preoccupazione.

In questi anni, Presidente, è sembrato più volte che non far funzionare il sistema socio-sanitario fosse una precisa scelta politica volta a stremare e scoraggiare i cittadini e alla fine si è consegnato il servizio pubblico sanitario nelle mani del privato che fa le stesse prestazioni, magari di fianco a casa, che magari provvediamo anche a convenzionare. Lo stesso vale anche per i servizi territoriali in cui è stato lasciato volutamente uno spazio eccessivo a dei servizi che andavano in diretta concorrenza con il sistema pubblico. Solo poche settimane fa ho avuto modo di dire, commentando l'addio del primario del pronto soccorso di Marche nord, che quello era l'ennesimo segnale generalizzato di una situazione critica della sanità marchigiana, vissuta nella parte apicale della degenza ospedaliera.

Abbiamo perso molti primari in questi anni perché non c'è stata una vera condizione di attrattività per lavorare nella sanità marchigiana, dove, oltre all'insufficienza di personale sanitario, sono stati tagliati anche gli incentivi che servivano a gratificare il personale medico. Ricordo che le condizioni odierne permettono ai professionisti di scegliere e se questo succede troppo di frequente c'è qualcosa che non va. È evidente che le scelte prese negli ultimi quattro anni nel campo della salute sono state totalmente sbagliate. Siamo diventati i maggiori finanziatori di sistemi sanitari dell'Emilia-Romagna, della Lombardia, del Veneto, del Lazio e da poco anche dell'Abruzzo, dove nostri concittadini vanno sempre di più a curarsi. I circa 40 milioni di sbilancio tra mobilità attiva e passiva nel 2017, ultimo dato disponibile che sono riuscito a ritrovare e mi dicono in grande aumento per il 2018/2019, ci dimostrano che questo modello non solo fa migrare di più i marchigiani oltreconfine, ma non funziona.

Spendiamo tantissimo sul Piano amministrativo territoriale e poi non abbiamo più soldi da investire sul personale medico e paramedico. Questa è la distorsione! Abbiamo l'Agenzia sanitaria regionale, l'Assessorato alla salute, l'Agenzia sanitaria unica, le Aziende ospedaliere, tutte strutture che si sovrappongono sul Piano burocratico amministrativo, penso in particolare ai dirigenti, ai funzionari, talvolta scelti dalla politica che servono unicamente per un controllo politico del territorio. Questo è il motivo per cui muore la sanità pubblica.

Alla fine della legislatura, nonostante la contrarietà di intere comunità che si sono viste progressivamente diminuire i servizi, arriva un Piano sanitario che invece di rafforzare la garanzia del diritto alla cura in maniera universalistica e pubblica favorisce solo l'ingresso dei privati, in modo non chiaro, non trasparente, nei settori più delicati ed importanti per i cittadini.

Il nuovo Piano socio-sanitario non è frutto di un percorso di ascolto, mi spiace, che un confronto così ampio poteva intendere in questi mesi, ma è stato discusso ed approvato dalla direzione regionale del PD, probabilmente, certamente non da tutti quegli organismi rappresentativi ed istituzionali che non sono stati chiamati ad esprimere un parere formale, che invece si sono espressi in modo molto critico, come, ad esempio, molti Sindaci, al di là dello schieramento politico di appartenenza.

Ci tengo ad evidenziare che da settimane molti Sindaci della zona del pesarese lamentano la mancata convocazione, da mesi, dell'Assemblea dei Sindaci dell'Area Vasta e di mancato coinvolgimento sul Piano socio-sanitario 2019/2021. Oltretutto in questo nuovo Piano Sanitario non si discute anche dell'integrazione, fondamentale per i territori, sui quali i Sindaci, specialmente quelli delle comunità dell'entroterra, hanno a che fare quotidianamente. Non è un fatto politico, non sono quelli di centro-destra ve lo assicuro, ho incontrato tanti Sindaci del centro-sinistra che la penso esattamente in questa maniera e perdono i loro cittadini che vanno a curarsi altrove, specialmente nell'entroterra. Altrove sono diventate le regioni di confine, l'Umbria in modo particolare.

Presidente, nel suo programma elettorale, con il quale si è presentato nel 2015, c'era un capitolo intitolato - sono andato a rivederlo in questa Amarcord di fine legislatura - "l'Assemblea dei Sindaci, per rendere le comunità protagonisti delle scelte" che diceva: "Per compiere il salto di qualità, a cui aspiriamo, il coinvolgimento dei territori sarà centrale del nostro Governo, in particolare, il valore del confronto con l'Assemblea dei Sindaci" Ecco, penso che se ascoltiamo i Sindaci questa promessa è stata certamente disattesa.

(interventi fuori microfono)

PRESIDENTE. Chiedo scusa, richiamo i presenti in Aula, soprattutto il pubblico che, ai sensi dell'articolo 74, non possono essere compiute riprese fotografiche e video. C'è una persona che è stata richiamata e fa finta di niente. Va rispettato l'articolo 74 del Regolamento interno, poi c'è lo streaming che può essere scaricato.

Mirco CARLONI. In queste settimane ho raccolto molte preoccupazioni sulla sanità da parte di diversi Sindaci, amministratori, cittadini, soprattutto dell'entroterra, devo dire, su servizi e prestazioni che sono sempre più in affanno e che spesso non rispondono all'esigenza del territorio, che presenta una popolazione sempre più anziana e collegamenti sempre molto complicati. Come può la politica essere credibile quando parla di popolazione dell'entroterra, di valorizzare l'Appennino, di far crescere la comunità montana, se poi non ascolta neppure i Sindaci in queste circostanze di pianificazione del futuro.

Questo Piano, infatti, conserva la scelta di chiudere i 13 ospedali, (tre in provincia di Pesaro: Cagli, Fossombrone e Sassocorvaro) che ha rappresentato una delle cause dell'enorme esplosione della mobilità passiva verso la Romagna e verso altre regioni, come soprattutto l'enorme disagio dei malati e delle famiglie dell'entroterra. Strutture chiuse senza aver dato a quelle comunità locali una reale alternativa per sostituire quel servizio. Questo Piano attribuisce nei fatti un eccessivo potere alla Giunta regionale ed accantona il ruolo del Consiglio regionale attraverso l'introduzione di pareri obbligatori della Commissione competente su molte materie legate alla sanità: riclassificazione delle strutture ospedaliere, bilanci preventivi e consuntivi della sanità, fondi di erogazione delle aziende ospedaliere alle singole Aree Vaste, che di fatto riducono la portata di questa scelta, ma certamente non cambiano la sostanza di un Piano socio-sanitario che rimane fatto prettamente di

indirizzi che devono essere poi attuati solo con provvedimenti di Giunta. L'errore maggiore commesso in questi cinque anni è stato quello di parlare di futuro della sanità, senza guardare al presente. Parlare di futuro immaginando la sanità, come l'edilizia sanitaria. E' vero che lei Presidente aveva promesso una legge urbanistica regionale e non ha fatto nulla o quasi in cinque anni sul tema, non è così che si rimedia a questa assenza.

La proposta di Piano socio-sanitario conferma la massiccia campagna di edilizia sanitaria, con sei nuovi ospedali, anche se in modo furbo, come diceva prima anche il Consigliere Busilacchi, si è cambiato il nome, anziché ospedale unico adesso si chiama ospedale nuovo, ma la sostanza è sempre la stessa. Questo riclassificazione del nome non dà la soluzione, viene sostituito da nuovi ospedali che ancora oggi non si sa in quale modo possono intervenire nei servizi e se possono di fatto sostituire dei servizi.

Nel frattempo, mentre voi avete fatto passare gli anni a fare pianificazione del futuro, cambiare i nomi, le strutture sul territorio hanno perso di valore, hanno perso di credibilità e i cittadini non hanno più fiducia nel sistema sanitario. Questa è la cosa peggiore, Presidente.

In questo Piano sanitario si fa esplicito riferimento al Protocollo di intesa che riguarda l'ospedale "Santa Croce" di Fano, come modello da seguire per la Regione, un protocollo ovviamente costruito in prossimità degli impegni elettorali e delle scorse elezioni comunali, ma che nei fatti prelude solo ad un costante e progressivo depotenziamento dell'ospedale di Fano con l'obiettivo di far rendere indispensabile ed imprescindibile la costruzione di un nuovo ospedale unico, al quale si dovrà rivolgere tutta la provincia, con evidenti disagi soprattutto per le popolazioni più lontane dalla costa.

Occorreva una svolta fatta di elementi talmente semplici da essere innovativi:

maggiore equilibrio tra i territori, tra province, tra costa ed entroterra, maggiore valorizzazione delle professioni mediche e semplificazione dell'apparato amministrativo, gestionale e direzionale. In questi anni, invece, non è mai stato considerato un modello policentrico di prossimità omogeneo nel territorio, che valorizzasse le strutture sanitarie esistenti, potenziandole. Una rete ospedaliera pubblica di prossimità che garantisca il diritto all'assistenza ospedaliera, sia della costa che dell'entroterra, un modello alternativo che dica un chiaro no agli ospedali unici che non riusciranno mai a dare risposte omogenee su un territorio così vasto.

I nuovi ospedali, come vengono chiamati in questo Piano, devono nascere da investimenti regionali e non esclusivamente dal finanziamento di gruppi privati.

Condivido pienamente le preoccupazioni ed i timori espressi dai sindacati regionali di Cgil, Cisl e Uil sulla modalità ... Se le dà fastidio la testimonianza dell'opposizione possiamo uscire ...

(interventi fuori microfono)

Mirco CARLONI. Visto che siamo gli unici rimasti a fare opposizione qua dentro almeno fatecela fare.

Il project financing può avere una sua validità solo se finalizzato a supportare l'investimento pubblico, alleggerendo i costi regionali, soprattutto se finalizzato al miglioramento e all'efficientamento delle strutture già esistenti, generando un risparmio gestionale in relazione ad un aumento dell'efficienza.

In regioni come la Toscana, il Veneto, la Sardegna, già la Corte dei Conti ha rilevato la spiccata convenienza per il concessionario, evidenziando come il project financing non sia adatto per gli ospedali.

Preoccupa, inoltre, il rischio delle ripercussioni sulle possibili catene degli

appalti, dei subappalti, che sarebbero tutte gestite in un'ottica di tipo privatistico, con la possibilità che il soggetto privato ha di appaltare e sub appaltare senza alcun vincolo al di fuori dell'applicazione del codice degli appalti pubblici.

Questa è l'ultima pagina di questa legislatura, l'avete iniziata carichi di speranze, ricca di progetti volti per dare un volto nuovo alle Marche, anche e soprattutto sul tema della sanità, ebbene, dopo 5 anni, ci consegnate una sanità peggiore di come l'avete trovata, soprattutto con una sfiducia consolidata dei cittadini marchigiani che occorrerà riconquistare con estrema fatica. Ci consegnate una mole di problemi che dovranno essere affrontati da chi verrà dopo di voi.

Un'altra sanità, credo, è possibile, un altro modello sanitario è possibile. Con questo Piano oggi scrivete definitivamente la parola fine, non solo a questa legislatura, ma soprattutto al rapporto di fiducia con i cittadini di questa regione, che per anni si sono sentiti ignorati e voi, oggi, approvando questo Piano a poche settimane dal voto, in ritardo di cinque anni, continuate a non ascoltare, facendo finta che dopo cinque anni di assenza di strategia di coraggio nelle scelte ed efficienza nell'attuazione basti un documento di linee programmatiche, dove di fatto non c'è nulla di concreto, che rimarranno sulla carta e che non potrete attuare per nascondere le mancanze di una legislatura che ha impoverito la nostra regione.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Giorgini.

Peppino GIORGINI. Grazie Presidente. Siamo in un'Aula, in un consesso politico ed il mio discorso più che tecnico sarà politico, anche perché non facendo parte della Commissione competente, non sono a conoscenza di tutto ciò che è stato discusso e di tutte le audizioni che sono state fatte.

Oltre alla tardività da parte Governo regionale delle funzioni di programmazione dell'organo di rappresentanza democratica dei cittadini, cioè il Consiglio, mi corre l'obbligo di ricordare che, debita premessa al mio intervento, la Regione Marche ha approvato la legge statutaria 8 marzo 2005, n. 1 ed il Consiglio, ovvero l'organo di rappresentanza democratica dei cittadini, esercita la potestà legislativa attribuita alla Regione in una serie di materie, delibera gli atti generali di programmazione, i piani ed i programmi di settore ed oggi ci troviamo un Piano già fatto, in parte già attuato, questo è il motivo del mio intervento.

Ricordo anche che già la legge 12 febbraio 1968 n. 132 "Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera" tuttora applicabile nei suoi contenuti essenziali di organizzazione delle strutture in materia di programmazione ospedaliera, all'articolo 29 prevede la trasformazione, l'ammodernamento o la soppressione degli ospedali esistenti in relazione al fabbisogno dei posti-letto, distinti per acuti, cronici convalescenti e lungodegenti, all'efficienza delle attrezzature, alla rete viabile ed alle condizioni geomorfologiche igienico sanitario della popolazione. Quindi, non tutto fatto così, quasi a caso. Se ci poniamo nell'ottica della normativa della Regione Marche, viene in evidenza la legge regionale 26 del 1996 "Riordino del servizio sanitario regionale" che all'articolo 31 (Strumenti della programmazione), dopo aver ricordato che il Piano socio-sanitario è uno strumento della programmazione, prevede che il medesimo definisce, coerentemente con le indicazioni del Piano sanitario nazionale, gli obiettivi del processo di programmazione regionale, i modelli organizzativi e gli standards dei servizi garantendo omogeneità ed equità di trattamento dei cittadini su tutto il territorio regionale, comprese le aree interne, dove è stato già detto che sono stati chiusi 13 ospedali, sono stati declassati ospedali di comunità e sono stati tolti servizi ospedalieri, prima di aver

fornito quelli territoriali. E' stato fatto il contrario, è un fatto gravissimo, per questo non si può parlare assolutamente di equità, che è una parola importante.

Vorrei fare dei passi indietro per parlare di equità ed omogeneità. Forse molti di noi rimpiangono la legge Mariotti del 1968 sulla riforma ospedaliera, che in molti punti è migliore della Balduzzi. Non prevedeva strutture giurassiche, mastodontiche, che probabilmente nel tempo si estingueranno, come si stanno estinguendo i centri commerciali, mastodontici anch'essi, ma tre i livelli di assistenza ospedaliera con grado crescendo di intensità e qualità di cura. Prevedeva dei piccoli ospedali di zona, degli ospedali normali provinciali e dei grandi ospedali regionali. Noi con questo nuovo Piano socio-sanitario stiamo andando verso strutture faraoniche che nel futuro, con la telemedicina, non serviranno più nessuno. Questa potrebbe essere la configurazione equa ed omogenea che aggiornata ai nostri tempi potrebbe dare quel valore di equità che secondo me manca.

Continuo con miei disappunti, devo precisare anche che il comma 5 dell'articolo 31 della legge 26 del 1996 prevede la presentazione della proposta di Piano da parte della Giunta regionale deve avvenire almeno 3 mesi prima della scadenza del Piano precedente. Non dico 3 mesi perché scadeva nel 2014, ma non dopo cinque anni, per cui, secondo il mio punto di vista, è molto tardiva. Come si deduce dalle suddette norme, la competenza in materia di programmazione sanitaria è incontestabilmente del Consiglio regionale, che non può essere scavalcato nelle sue funzioni dalla Giunta, come nella realtà dei fatti è avvenuto in tutti questi anni. Oggi si vota ciò che già è avvenuto o che sta avvenendo.

Alla scadenza triennale del 2014, a mio giudizio, è stata posta in atto un'operazione di *prorogatio*, e in modo ambiguo e a fine legislatura, dopo cinque lunghi anni, con la deliberazione n. 81 del 2019 la Giunta

Regionale ha approvato e finalmente ha presentato al Consiglio la proposta del Piano sanitario e socio-sanitario 2019/2021, in questo lasso di tempo e col vigente Piano sanitario regionale si è potuto constatare che la Giunta Regionale ha adottato, con il pretesto dell'adeguamento della normativa nazionale, una serie di atti, avendo un contenuto prettamente programmatico, anche di carattere generale, coinvolgendo il Consiglio solo nell'informativa

La proposta prevede la rete ospedaliera e la rete di emergenza, l'obiettivo è quello di riorganizzare e riqualificare la rete ospedaliera e prevedere la classificazione delle strutture ospedaliere secondo livelli organizzativi di complessità crescente. La riorganizzazione del sistema ospedaliero prevede anche la revisione della legge regionale 36/1998, nonché la ridefinizione e l'adeguamento dei posti letto ospedalieri, ma queste operazioni la Giunta le ha già fatte, quindi, dovremmo votare cose che sono state fatte, io non ho molto competenza per capire e approfondire, però votiamo delle cose che con molti atti abbiamo fatto. Tant'è che nel documento si richiama ad esempio la deliberazione della Giunta Regionale n. 1 del gennaio 2018 oggetto: "Modifica della DGR 185 "Nuovo Piano di codifica delle strutture dei presidi ospedalieri", con la quale è stata data una nuova classificazione alla rete ospedaliera dei presidi ospedalieri unici e degli stabilimenti. In questa nuova codificazione sono previste le seguenti strutture: presidi ospedalieri area vasta: 1 due stabilimenti, presidi ospedalieri area vasta 2: quattro stabilimenti, presidi ospedalieri area vasta 3: quattro stabilimenti; presidi ospedalieri area vasta 4: due stabilimenti; presidi ospedalieri area vasta 5: due stabilimenti - e qui poi dovremmo capire questi due stabilimenti, ed ho fatto un emendamento, se dite due stabilimenti perché ce n'è uno solo? Questo non ho capito; Azienda ospedaliera riunita Marche Nord: due stabilimenti; Azienda ospedaliera ospedali riuniti Ancona: due

stabilimenti; ospedali Inrca Marche: 3 stabilimenti (Ancona, Fermo, Osimo). Quale ulteriore operazione surrogatoria si cita anche la deliberazione n. 1554 del 2018, la quale risulta successivamente modificata dalla deliberazione n. 1623 del 2018, una sostanziale modifica alla sopra citata deliberazione n. 1554 del 2018, che prevede che l'Azienda ospedaliera ospedale unico Marche Nord sarà da considerarsi di secondo livello, invece che di primo, a seguito della realizzazione del nuovo ospedale.

Nelle citate deliberazioni la Giunta dà atto che ha provveduto a riorganizzare l'attività ospedaliera secondo i livelli gerarchici di attività nel rispetto del bacino d'utenza, come segue: Azienda ospedaliera universitaria, ospedali riuniti Umberto I, Lancisi, Salesi di Ancona presidio ospedaliero di II livello, Azienda ospedaliera ospedali riuniti Marche Nord di I livello, riclassificato di II livello, cinque presidi ospedalieri di rete, un istituto nazionale riposo e cura anziani qualificato Irccs con tre stabilimenti (Ancona, Fermo, Osimo).

La suddetta articolazione della rete ospedaliera pubblica regionale è quella approvata ed inviata al Ministero della Salute con il conseguente monitoraggio e verifica dell'erogazione dei Lea in attuazione dell'intesa del 2 luglio 2015 con la Conferenza permanente per i rapporti Stato-Regioni e province autonome.

Con la proposta di Piano socio-sanitario 2019/2020 si chiede al Consiglio regionale di avallare decisioni già assunte dalla Giunta, ad esempio, nella proposta del Piano socio-sanitario regionale prendiamo come riferimento la scheda di intervento: "Regolamentazione e sviluppo delle case della salute", si evince che viene posto l'obiettivo specifico di riallineare i percorsi organizzativi, la presenza dei servizi, i criteri di eleggibilità dei pazienti, la modalità di presa in carico, il riequilibrio territoriale delle case della salute, di tipo A e di tipo B e gli ospedali di comunità nella Regione Marche.

Si stabiliscono criteri e percorsi organizzativi per delle realtà e si dà per scontata la loro esistenza, quando in Consiglio questi argomenti non sono mai stati affrontati.

La cosa grave, secondo il mio e nostro parere, è che dalla deliberazione di Giunta regionale n. 81 del 2019, con la quale stata approvata la proposta del Piano sanitario regionale, emerge una volontà di sviluppo della rete ospedaliera marchigiana mediante la costruzione di nuove strutture ospedaliere che, una volta ultimate, si afferma, saranno in sostituzione dei nosocomi già presenti, che verranno riconvertiti in strutture territoriali per la garanzia della continuità assistenziale, oltre alle 13 strutture già chiuse ci ritroveremo anche con queste strutture territoriali, riconvertite, questi nosocomi riconvertiti.

Secondo il mio e il nostro parere, la proposta che ci viene sottoposta per l'approvazione costituisce la fotografia di ciò che è già avvenuto, di ciò che su altri tavoli qualcun altro ha già deciso di portare avanti, sostituendosi alla volontà dell'Assemblea legislativa e quindi dei cittadini. Grazie.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Zaffiri.

Sandro ZAFFIRI. Grazie Presidente. Credo che oggi si stia discutendo ed alla fine si approverà un atto che fotografa la situazione, quello che è accaduto in questo periodo in cui ha governato questa maggioranza, verrà approvato il nulla.

Questo documento mi sembra che ci abbia portato indietro nel tempo, di 30/40 anni, quando venivano presentati atti dai compagni della CGIL che dicevano tutto e il contrario di tutto e alla fine non dicevano nulla. Se in una azienda privata un direttore amministrativo, o un dirigente amministrativo, o un amministratore delegato, avesse fatto un Piano in questo modo sarebbe stato cacciato prima del tempo, perché mi hanno insegnato che un

Piano deve contenere la fotografia di dove eravamo e di dove siamo, quello che si vuole realizzare, i tempi della programmazione e alla fine i controlli per la verifica. Qui non ci sono i tempi, non ci sono linee di indicazione e fino ad oggi non cambia niente perché le determinate sono state fatte dai dirigenti che hanno portato avanti, nel bene o nel male, la sanità, poi i giudizi, positivi o negativi, li darà il popolo, non il Consigliere Zaffiri.

In quest'Aula approviamo il nulla e diamo la possibilità alla Giunta di continuare a fare le delibere, quello che ha fatto fino ad oggi, cioè l'Assessore fa le delibere.

Nel Piano non c'è come riorganizzare la sanità e i punti di primo intervento, magari modificando e dando un servizio diverso sul territorio come dovrebbe essere in senso generale, non è cambiato nulla fino ad oggi, anzi, con un Piano che viene presentato con cinque anni di ritardo si dice che le condizioni sono cambiate, la sanità non è più quella di prima, un Piano sanitario regionale non serve perché la sanità cambia di giorno in giorno e allora cosa lo fate a fare? Perché lo avete fatto se non serve? Leggo nel Piano che c'è un'altra azione pesante, l'Assessorato alla sanità è stato cambiato con Assessorato immobilista, perché si dedica alle costruzioni degli ospedali. Questo, Assessore Casini, lo so che vi vede un po' in fibrillazione, ma il vero problema è questo, cari marchigiani, il vero problema di questo Piano sanitario regionale è cercare di realizzare gli ospedali sul territorio con il project finance. Fra l'altro risulterebbe che in Veneto è stato cancellato, ho ascoltato un intervento nel quale si è detto che ci sono stati dei problemi, che c'è una contestazione sui project finance per la loro realizzazione. Mi ricordo che un Presidente della Repubblica o ex Presidente della Repubblica quando nacque la Quadrilatero, che era un project finance, buona fortuna a voi che pensate di realizzare, è andata bene. Credo che questa cosa sia seria, ricondurre il dibattito

in termini politici a quello che è il Piano, che dà la possibilità di realizzazione nuovi ospedali con un meccanismo diverso.

Tutti vorrebbero, Consigliere Volpini, migliorare la sanità, l'ho ascoltata con molta attenzione, c'è un rapporto di correttezza e non solo, anche di valutazione politica in determinate circostanze, sono pienamente d'accordo con il suo ragionamento, però mancano i tempi d'attuazione e come verrà fatto. Questo è il problema di fondo. Presidente, nella sua introduzione ha detto: vogliamo migliorare, vogliamo fare, vogliamo creare, ecco perché ho citato la CGIL, perché sono gli stessi documenti che ho visto per 35 anni, vogliamo fare, vogliamo realizzare dobbiamo migliorare, tutte queste cose e poi nei fatti non succedeva niente, anzi accadeva la cosa contraria ed i lavoratori si agitavano perché si dava loro uno strumento e non c'erano le soluzioni, come quello che sta accadendo in questa Regione. Il popolo si sta agitando, un popolo trasversale, mi è sembrato di capire anche questa mattina, un popolo, trasversale che dalla sinistra va al centrodestra o dal centrodestra va alla sinistra. Non ci sono le risposte, perché noi non manteniamo quell'entroterra, lei lo sa che in seguito a quella disgrazia atroce che ci è capitata mancano 5/6 mila persone nell'entroterra, che non rientreranno più, questo è un continuo depauperamento del territorio se non diamo i servizi.

Il Piano sanitario doveva dire come fare anche perché i decreti e i provvedimenti del Governo già stabilivano che si potesse intervenire, quindi c'è bisogno di azioni, che è un'altra cosa, ci vuole coraggio, ci vuole la politica, perché se devo applicare un provvedimento non c'è bisogno della politica a casa nostra, della Lega, c'è bisogno di un impiegato, di un amministrativo che lo attui. La politica ha un altro ruolo, un'altra visione, deve dare delle risposte.

Credo che sarebbe stato più opportuno se la maggioranza non l'avesse presentato, anche perché siamo alla fine della

legislatura, capisco che c'è ancora qualche mese di tempo per fare ulteriori determinazioni o delibere, ma se continuate a farle, come avete fatto, il 31 dicembre per togliere ancora servizi all'entroterra, io le contesto, sapete che le abbiamo contestate, ma vi dico di continuare a farle, di continuare a fare altri provvedimenti, adesso c'è la Santa Pasqua fatene qualcuna il venerdì Santo, perché così non si può intervenire e vengono immediatamente attuate. Credo che siamo in un altro mondo, per come ragioniamo politicamente siamo in un altro mondo.

Si continua a dire che va tutto bene, miglioriamo, abbiamo migliorato, ma cosa abbiamo migliorato? La mobilità verso le altre regioni l'abbiamo aumentata, abbiamo diminuito determinate liste d'attesa, ma sono importanti per la salute delle persone? Assolutamente no, perché le liste d'attesa sono ancora distanti, abbiamo delle strutture, e citerò pure il caso perché ne sono a conoscenza con certezza, in cui le persone sono state costrette ad andare fuori. In Ancona avevamo la ginecologia del Salesi, adesso le donne sono costrette a rivolgersi altrove e le ginecologhe vengono mandate fuori. Ho posto questa domanda ad un dirigente regionale della sanità e mi ha risposto che ho ragione. Di cosa stiamo parlando? Abbiamo delle grosse difficoltà interne sul territorio.

Credo che il Piano sanitario doveva essere impostato in un altro modo per dare una risposta ai marchigiani che sono costretti a svalicare l'Appennino per andare in Umbria, per andare nell'Emilia Romagna, anche per andare in qualche reparto di eccellenza in Abruzzo, come sono stato costretto a fare io. Abbiamo delle eccellenze che sono a sud. La Regione Marche era grandissima, qualcosa di pesante è successo e qualcosa sta ancora accadendo, ma penso che il popolo se ne sia accorto.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Zura Puntaroni.

Luigi ZURA PUNTARONI. Grazie Presidente. Hanno parlato tutti, agli illustri che mi hanno preceduto darei un suggerimento, se la sanità ha un problema e se c'è una cosa che non si riesce a risolvere guardo ai miei vicini, ha parità di regolamenti, perché credo che da Roma i regolamenti che partono siano uguali per tutte le Regioni.

Mi chiedo perché in questa normativa molto caotica abbiamo 3/4 regioni di eccellenza, guarda caso sono guidate storicamente dal centrodestra, ma c'è anche qualche altra regione, come ad esempio l'Emilia Romagna, guidata dal centrosinistra, che si può definire un'eccellenza.

Io non mi occuperai mai di sanità, ma mi sarei guardato attorno e avrei trovato una persona capace di rimetterla in piedi perché in questi cinque anni di discussioni sulla sanità bisogna trovare anche delle soluzioni, perché sono importanti.

Faccio il mio caso personale, lo scorso autunno ho avuto due problemi importanti a casa, quando si parla di vita non si guarda niente, si va dal più bravo. Il più bravo poteva stare anche da noi, ma non c'erano gli strumenti, quindi sono stato costretto ad andare altrove, in un'altra regione, ma penso che una famiglia normale non si possa permettere di andare dal più bravo in un'altra regione, costi quello che costi.

In questi cinque anni è venuta a mancare la capacità semplice, senza gasarsi, di guardare che cosa fanno gli altri e vedere se era possibile applicarla anche da noi, non deve né essere pubblica, né privata, perché in Lombardia credo ci sia una perfetta integrazione tra pubblico e privato e non ci sono discussioni e scandali. Come in Veneto ed anche in Emilia-Romagna.

Mi permetto di sottolineare, ma senza fare scoop, che tanto non serve a niente, la situazione è quella che è, io riconduco tutto

la questione al buon senso. L'aspetto sanitario è la voce più sentita di ogni Regione, addirittura supera le infrastrutture, supera tutti i piani, perché storicamente ognuno è abituato ad avere l'ospedale sotto casa. Se non posso più sostenerlo ci vuole la grande capacità di far capire cosa si può fare e con quali soldi, farlo capire ad una popolazione che spesso non vuole ascoltare o ascolta male.

Quello che mi permetto di dire in maniera molto tranquilla è che è mancata la capacità di spiegare e di dare una linea guida chiara, pulita, al di sopra delle parti perché poi la base ha pensato: quella è a nord, quella è a sud, l'Appennino, il mare, la montagna ... Mi permetto di fare soltanto delle osservazioni a carattere organizzativo e di ribadire che se mi dessero la sanità non la vorrei. Grazie.

Presidenza del Presidente Antonio Mastrovincenzo

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Celani.

Piero CELANI. Grazie Presidente. Il Consigliere Zura Puntaroni è conscio della difficoltà, però se fossi tu ti aiuteremo e faremo squadra.

Credo che molto sia stato detto, anzi, tutto è stato detto, quindi non è difficile ripetersi, ma io affronterò due temi fondamentali e quello che di non positivo dirò su questo Piano non inficia la stima dei colleghi che ci hanno lavorato, di tutti i Consiglieri che ci hanno lavorato dalla primavera del 2018, è proprio questo aspetto che poi approfondirò, e tanto meno scalfisce la stima che ho nei confronti del Presidente della Commissione Fabrizio Volpini.

Non ho una memoria storica, ma credo che sia la prima volta che un Presidente di Commissione, medico, affronti questo, non so se in passato c'è stato un medico che si è cimentato nei marosi della sanità pubblica attraverso la stesura di un Piano per cui,

ripeto, quello che c'è di non positivo non inficia naturalmente tutto questo.

Andiamo un attimo su questi due aspetti che voglio mettere in evidenza, prima cosa il metodo. Credo che ormai sia sotto gli occhi di tutti che in una società che cambia così repentinamente, dove le esigenze di oggi, di questa mattina, sono diverse da quelle di questa sera, figuriamoci quelle di oggi con quelle future, questo ci porta a dire che tutte le programmazioni a lungo termine non reggono più. Il Consigliere Marconi ha detto, mi sembra di ricordare, smitizziamo questo grande mito della programmazione, basta, ormai dobbiamo in qualche modo di parlare, diversamente, smitizziamo questo grande totem della programmazione perché ovunque si va se ne parla, ma una cosa è fare una programmazione snella, dinamica, in grado di dare risposte nell'immediato alle persone, alle esigenze, ed una cosa è fare una programmazione da qui ha un po' di anni, non dico dieci, addirittura tre, per cui il fallimento sta dietro l'angolo e lo dimostra il fatto che il Piano nasce dal fallimento, dalle ceneri di quanto è stato fatto fino adesso. A me non interessa chi l'ha fatto o chi non l'ha fatto, sicuramente io non c'ero, sicuramente la mia parte politica non ci ha messo le mani. Se lavoriamo per dare continuità a qualcosa che è scaduto nel 2014, ovviamente ogni Piano che scade si mantiene in vita fino a che non si rinnova con un altro, che viene attuato attraverso interventi singoli, sporadici, a seconda dell'umore dell'Assessore, del Presidente, del Consigliere o della struttura medica, significa che si è fallito, significa che questo lavoro, purtroppo, che i colleghi hanno fatto in Commissione con grande abnegazione, cercando di ascoltare e di capire quali sono i problemi, non porterà assolutamente a nulla.

L'unica parte condivisibile sono le prime 66 pagine, considerazioni di carattere generale che non possiamo non condividere perché abbiamo approfondito il concetto della nostra società e di come si evolve ed

abbiamo preso in considerazione la fragilità degli individui, delle persone deboli, dei bambini, delle donne e altro, per cui dobbiamo implementare alcune strutture sul territorio a cui fino non è stata data particolare importanza, ma al di là di questo, se andiamo ad analizzare gli interventi che sono previsti nel Piano, ritengo che francamente non potranno essere attuati nei tempi, poi dirò qualcosa del cronoprogramma che è stato individuato ed è risibile farne uno di questo tipo che, ripeto, nasce sulle ceneri di un fallimento precedente ed anche quello sulle ceneri di quello antecedente. Che si possa attuare tutto in dodici, ventiquattro, trentasei mesi, francamente, non ha senso, poi da quando partono i termini? Se uno volesse attuarlo, Consigliere Marconi, la prima determina attuativa potrebbe avvenire l'estate prossima perché adesso c'è tutto un bailamme che non sto qui a ricordare, poi ci sarà la nuova Giunta, il nuovo Consiglio, qualcuno che comincerà a storcere il naso, quindi di quello che è previsto probabilmente a fine anno qualcosa si potrebbe fare se ne verrà condiviso il contenuto.

Ritorno all'intervento della Consigliera Leonardi che anche stamattina ha chiesto il rinvio, anch'io francamente qualche dubbio ce l'ho che si possa mettere mano a qualche determina attuativa in conformità al Piano che andiamo ad approvare perché, comunque vadano le cose, qui ci sono tantissimi argomenti, tantissime schede che vanno completamente riviste. Il metodo è fondamentale, completamente sbagliato per quello che si è stato visto, perché per fare una cosa giusta, dopo aver fatto l'analisi di quelle che sono le esigenze dei singoli territori ... , guarda caso, noi abbiamo una Regione complessa, molto complessa, le esigenze della costa sono diverse da quelle della valle e da quelle delle città, abbiamo anche un entroterra che per forza dobbiamo salvaguardare, altrimenti la Regione finisce, probabilmente fra vent'anni ci troveremo a governare una striscia di terra che va da

San Benedetto del Tronto a Pesaro, con una profondità di 10/15 chilometri, tutto il resto sarà desertificato. Se poi vogliamo parlare un'altra volta della desertificazione delle aree interne, dobbiamo dire che alcune responsabilità ci sono anche per la mancanza di questi tipi di servizi, dato che la desertificazione non è iniziata con il terremoto, ma molto prima, quando alcuni servizi sono stati portati via, come le infrastrutture. C'è un discorso molto più ampio, però, se lavoriamo in questo modo l'abbandono territoriale è dietro l'angolo.

Una volta determinate le esigenze bisogna fare un programma quadro, come si fa in urbanistica, un programma di indirizzi quadro e poi i progetti esecutivi per capire come attuare gli obiettivi, che possono anche mutare da un anno all'altro, non si può ingessare un Piano come fatto qui, ma poi ne parleremo.

Il secondo punto che volevo illustrare è quello di affrontare la rivisitazione della rete ospedaliera, anche qui sta la caducità di questo Piano. Qual è stato il risultato quando avete affrontato il problema dell'assistenza ospedaliera ed emergenza urgenza? Avete fatto propria la classificazione, d'altra parte è uno status quo, la rete ospedaliera è sotto gli occhi di tutti, avevate previsto prima gli ospedali unici che poi improvvisamente sono stati derubricati in nuovi. Il risultato è che purtroppo avete acceso in queste piccole comunità dei derby, quelli calcistici ci fanno un baffo, avete acceso delle polemiche incredibili da questo punto di vista e non ce n'era assolutamente bisogno perché le leggi si fanno, si devono rispettare, però si possono anche adattare ai territori.

Il decreto Balduzzi non è un totem, altrimenti la riqualificazione degli ospedali e Piani poteva farli un ragioniere o un tecnico del Ministro Balduzzi, non occorre mica la politica perché lì ci sono dei parametri, tanti abitanti dividiamo per un ospedale, tanti abitanti diamo per un altro ospedale. E' semplice, non ci voleva nemmeno un buon

matematico, serviva soltanto un ragioniere all'interno del Ministero della sanità, vicino al Balduzzi, prendeva Regione per Regione, prendeva le varie province, e non si sarebbe fatto nessun ospedale se non si arrivava ad un bacino di 200 mila persone. Nessun ospedale, la logica era questa.

Faccio un banalissimo esempio, conosco abbastanza bene la parte alta della regione (Fano, Pesaro, Civitanova Marche, Macerata), ho seguito anche il dibattito sulla conflittualità tra Macerata e Civitanova Marche, ma vengo al Piceno nel quale ci sono due strutture, due ospedali di primo livello, pensare che uno, o tutti e due, possa diventare ospedale di base in virtù del fatto che si andrà a spendere oltre 200 milioni per farne uno nuovo è un'assurdità in termini. Innanzitutto Fermo docet, parto oggi con l'idea arrivo fra vent'anni, Fermo docet! Mi dispiace che non c'è l'Assessore Cesetti, ma vorrei ricordargli che trionfalmente, quando annunciò la costruzione di questo nuovo ospedale e il finanziamento dei famosi 30 milioni da parte del bilancio regionale, disse che a fine legislatura avremmo avuto tutto. Credo che sia ancora alla fase delle indagini archeologiche, no quelle geologiche

(interventi fuori microfono)

Piero CELANI. I dissipatori sismici, significa non dieci anni, ma otto anni e quattro e mezzo sono passati

(interventi fuori microfono)

Piero CELANI. Noi l'ospedale nuovo ce l'abbiamo, il Piceno non ha bisogno di un ospedale nuovo, Fermo ne aveva bisogno.

Nel Piceno non si può aspettare dieci anni per avere teoricamente un contenitore migliore, dobbiamo studiare su quello che abbiamo, quindi dobbiamo fare in modo di spendere quei fondi, invece che per l'involucro per il contenuto. Questo è molto importante, una parte di quei fondi, non tutti,

servono, credo, quindi, che questo vada rivisto anche in deroga a tutte le normative esistenti.

Oggi un Consigliere ha detto che probabilmente il Ministro alla sanità ha intenzione di rivedere il decreto Balduzzi, apprezzo l'onestà intellettuale del Ministro, perché quando dice che vuole qualcosa di prossimità, che dia risposte immediate, penso che lo dica convintamente, non solo per accattivarsi la benevolenza dei cittadini che sono nell'entroterra.

Questo è l'altro aspetto negativo che riguarda la riorganizzazione della rete ospedaliera, tanto più in relazione alle aree interne, anche perché sono stati individuati due ospedali soltanto, Pergola ed Amandola, poi c'è stata una sommossa dei Consiglieri che avendo come riferimento l'entroterra hanno cercato di far introdurre come aree disagiate altri comuni, ma io ritengo che non sia possibile, se non si portano direttamente lì nuovi presidi. Se non è possibile costruire e si portano via quelli che sono nelle immediate vicinanze, questa cosa non funziona. Ecco il motivo per cui una programmazione di questo tipo, fatta a lunga scadenza, fallisce, ma ha fallito da tempo e mi meraviglio e mi sorprendo come mai non avete preso atto di questo aspetto tempo fa, quando avete iniziato a studiare una programmazione sanitaria sui territori. Grazie.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Micucci.

Francesco MICUCCI. Grazie Presidente. Pensavo che dovessimo parlare del Piano sanitario, invece sto ascoltando molti interventi che vanno a discutere della sanità a 360°.

Mi viene da sorridere pensando al fatto che molti interventi sostengono l'inutilità di questo Piano e siamo arrivati quasi alle 15,00 dalle 11,00 di questa mattina, ne avremo ancora per altre ore, quindi vorrei capire: se è inutile di cosa stiamo parlando?

Forse non è vero che è inutile e probabilmente la discussione è seria.

Provo a partire discutendo del Piano, poi se avrò il tempo farò anche altre osservazioni che poco hanno a che fare con l'argomento, ma riguardano la salute e la sanità.

Credo che sia stato fatto un ottimo lavoro in questo anno e mezzo/due anni di concertazione, di discussione, di dibattito anche acceso, di critiche, di recepimento di alcune critiche, di rigetto di altre. Penso che sia fuori discussione il fatto che sia stato un Piano concertato e condiviso, prima le audizioni della Giunta, poi quelle della Commissione ed infine un'ulteriore discussione con una serie di emendamenti tra quelli in Aula e quelli in Commissione pari a circa 150/200, anche qui una parte accolta, una parte no, quindi, non si può negare che ci sia stato un grosso dibattito.

Poi se qualcuno pensa che tutto quello che propone è giusto e deve essere accolto, è chiaro che non ci incontriamo con le valutazioni. Credo che molte di quelle riflessioni siano state condivise, a partire da una serie di emendamenti che la Giunta ha fatto accogliendo alcune istanze e modificando la proposta originaria, come una serie di emendamenti accolti, trasversalmente, di maggioranza e di minoranza, all'interno della Commissione, con l'unico obiettivo di tentare di migliorare il Piano nell'ottica di un migliore servizio alla cittadinanza.

Su una cosa sono d'accordo, ma non credo che sia dipesa dalla Giunta, né dal Presidente Ceriscioli, men che meno dal Presidente Volpini, sui tempi che si sono allungati, però segnalo che fino a qualche anno fa il dibattito da parte della minoranza, che oggi ci dice che non dobbiamo approvarlo, era incentrato sul fatto che non avevamo un nuovo Piano sanitario.

La proposta della Giunta, credo la prima bozza, non quella che discutiamo oggi, credo che sia di oltre due anni fa, su cui c'è stata una serie di discussioni e se oggi arriviamo lunghi, e condivido che forse

siamo stati eccessivamente lunghi, è per le motivazioni opposte a quelle che avete detto voi, Se avessimo voluto sfruttare questo Piano e non fare un dibattito serio e non dare delle soluzioni possibili rispetto alla sanità marchigiana, ma per fare, come spesso dite, un marchettificio avremmo avuto un dibattito molto diverso e soluzioni molto diverse da quelle che oggi proponiamo, allora si sarebbe stata giustificata la vostra critica, che il Piano preelettorale sarebbe stato solo una *captatio benevolentiae*, una ricerca di voti. La verità è che questo atto invece cerca di fare altro, di dare una prospettiva, anche al di là di quello che potrebbe essere il tornaconto stretto e preelettorale.

Dobbiamo metterci d'accordo su una cosa, e qualcuno l'ha detto in maniera seria, altri meno e l'hanno nascosto, il dibattito sulla sanità regionale delle Marche e di altre Regioni è basato su una normativa nazionale stringente, allora il margine di manovra che hanno le Regioni, quindi anche la Regione Marche, di organizzare la propria sanità è all'interno di quelle norme, quindi, o siamo seri, oppure il dibattito è sfuggente.

Segnalo che, rispetto a questa normativa nazionale, tutti i Governi che si sono alternati fino ad oggi hanno superato a piè pari la modifica della normativa nazionale, Governi di centrodestra, di destra o di centrosinistra, solo oggi, e ancora non siamo arrivati alla modifica, il Ministro della sanità dice che probabilmente metterà mano al DM 70, come ancora non è dato saperlo, però attiva nei confronti dei territori una speranza di questo tipo, ma fino ad oggi nessuno ha modificato quel decreto e nessuno ha modificato quella norma.

Se dobbiamo muoverci all'interno dei parametri concessi la coperta è corta, perché anche qui dobbiamo essere seri, dire che si risparmia in sanità è una bugia, perché, il nostro Presidente ce lo dice ogni volta, tutti i soldi che vengono per la sanità sono spesi in sanità, all'interno di una riorganizzazione della sanità.

Venire qui a dire che non dobbiamo chiudere gli ospedali, che dobbiamo dare più servizi ai territori, che dobbiamo portare gli ospedali sulla costa, però ci vogliono anche gli ospedali della montagna ed anche la collina dovrebbe avere le sue risposte, al nord dobbiamo fare le cose fatte bene, ma anche al sud, e poi la medicina territoriale ... Se si ha un'organizzazione che riesce a tenere tutte queste cose insieme, data la normativa nazionale e dato il fondo nazionale che arriva dal Governo, oppure non siamo seri nell'andarle a raccontare in giro e chi smentisce, chi fa questo tipo di politica populista, non sono io. Potete tranquillamente non credere a quello che dico, ma mi hanno insegnato che le amministrazioni e gli amministratori, oltre a fare le chiacchiere in giro, parlano per atti.

Su questo atto è arrivato il parere del Cal, delle autonomie locali, delle Comunità montane, dei Sindaci che poi vanno in piazza a protestare contro il Piano sanitario. Il Cal è composto da tutti questi organismi, che hanno il potere consultivo di dire: "Questo provvedimento fa schifo, dovete cambiarlo, non va bene", ma a differenza di quello che si dice nelle piazze, chi conosce la legge capisce che sugli atti non ci può scrivere "fischi" per "fiaschi", quindi il parere dice: "Poiché nei termini di legge non sono pervenuti pronunciamenti contrari - i Sindaci o le Comunità montane non si sono alzati ed hanno detto: "Dovete modificare i punti 1, 2, 3, 4" - esprimiamo parere favorevole".

Poi è venuto il pronunciamento del Crel, delle attività produttive, sindacati, industria, artigiani, che invece non esprime un parere, però forse è anche più interessante di quello che dice il Cal: "Nell'iter istituzionale registriamo positive evoluzioni", al punto successivo: "Rileviamo positivamente l'innesto di un cronoprogramma" ed ancora. "Ai termini di efficacia e trasparenza è positiva la previsione di una relazione annuale", vado avanti: "A guardare con favore l'integrazione del Piano...., il capitolo

sulla partecipazione è migliorato". Poi fa due critiche: "Per quanto sopra esposto, pur registrando che la proposta della Commissione - della maggioranza complessivamente intesa - rappresenta un avanzamento ..." Il Crel avanza due critiche, che tra l'altro il Piano in qualche modo recepisce, pur affermando che la competenza non è del Piano, ma di un altro atto, e riguardano il riassetto della governance complessiva del servizio sanitario regionale, però non dà una soluzione, e l'emendamento che abbiamo approvato dice esattamente questo: è la legge 13 del 2003 che istituisce l'Asur, le aree vaste, le aziende, quindi si dovrebbe mettere mano a quella legge". Il Crel non dice come, dice solo che va modificata e questo è un po' che lo diciamo. Anche se facessimo quello che chiede il Crel penso che molti più Sindaci si ribellerebbero perché si dovrebbero far coincidere i distretti sanitari con gli ambiti sociali e questo è un dibattito molto intenso che vede parti contrapposte su cui c'è già una discussione.

Ripeto, se siamo seri e apriamo un dibattito gli amministratori parlano con gli atti, magari fanno la battaglia agli ospedali unici, però poi votano. Parlo per la mia area che conoscono un po' di più. Probabilmente i Sindaci della montagna, anziché avvicinare alla propria zona il nuovo ospedale, l'ospedale unico, indebolendo la soluzione futura degli ospedali della montagna, avrebbero potuto fare una scelta diversa, ma non l'hanno fatta, invece preferiscono organizzare dibattiti, convegni, protestare e quando si tratta di assumere atti concreti glissano.

Sul Piano sanitario sono stati approvati una serie di emendamenti che secondo me lo migliorano e parlare di ospedali unici o nuovi ospedali non è un fatto semantico, è sostanza, perché la legge nazionale, di cui ho parlato, almeno non in tutti i territori, non ci obbliga ad avere una struttura unica, quindi, perché parlare di ospedale unico? Ci

obbliga, e dico anche a livello morale, a dare una sanità migliore ai nostri cittadini, tutti, non solo a quelli che abitano vicino ad Ancona o in altre zone.

Abbiamo l'obbligo morale di dare una sanità migliore, credo che sia giusto che gli ospedali per acuti diano risposte di eccellenza in tutti i territori, dove è possibile, penso che questa sia una battaglia corretta, ci vorranno degli anni? È chiaro, non penso che dipende dalla Giunta o dalla sanità, dipende dalla normativa nazionale. Se uno dice: "Nel giro di due anni non riesco a finirlo, quindi non lo costruisco" non avremmo avuto molti monumenti storici da apprezzare che sono stati costruiti nei secoli.

Mi auguro che la costruzione degli ospedali nuovi sia molto più celere, ripeto, non dipende da noi, purtroppo, ma dalla normativa nazionale, dai ricorsi, da tutta la burocrazia che sta dietro a queste strutture, ma pensare di bloccarci perché ci vorranno degli anni, se uno non ragiona in termini di futuro, significa stare sempre fermi. Ricordo che cinque anni fa, la campagna elettorale batteva sul fatto che la sanità non funzionava, però quando si modifica poi si sentono frasi del tipo: "cinque anni fa stavamo meglio", quindi un po' di memoria da questo punto di vista non guasterebbe.

In merito agli ospedali di rete, ai nuovi ospedali, cosa facciamo degli ospedali che rimangono? Li chiudiamo? Certo che no, devono dare dei servizi nuovi. La Giunta già si è attivata ed è partito un progetto con un Protocollo di intesa tra la Regione Marche e i Comuni interessati dell'area vasta 1, considerato che è stato apprezzato, credo che vada esteso a tutto il territorio regionale, e questo abbiamo detto.

Sull'emergenza e i pronto soccorso, anche qui dobbiamo essere veritieri e seri, la Regione Marche con le precedenti determine ha più ambulanze di quelle che prevede la legge, spende di più in termini di personale medico pubblico di quello che prevede la legge, sta superando tutte le

possibilità di spesa che il Governo concede, di più probabilmente non è possibile.

I punti di pronto intervento oggi, di fatto, sarebbero fuorilegge perché la norma dà loro una scadenza, come lo yogurt, oggi ne teniamo in piedi qualcuno solo attraverso le deroghe per il sisma. Credo che serva poco continuare a parlare dei punti di pronto intervento rispetto alla normativa che cambia, secondo me sarebbe più utile dare delle risposte ai cittadini programmandole in questo atto, per cui si è approvato un emendamento, che non tutti conoscono, si discute e si critica il Piano, ma non sempre lo si conosce.

Si parla di una nuova funzione, dei centri di intervento, che indipendentemente dal nome dovrebbero svolgere quelle funzioni in raccordo con i pronto soccorso nelle aree dove non ci sono gli ospedali, delle soluzioni di primo intervento. Questo si farà con il raccordo con il pronto soccorso perché il personale medico sarà garantito in questo modo ed il servizio sarà di qualità perché c'è lo stesso personale medico che lavora nei pronto soccorso. C'è un accordo perché spesso troviamo i pronto soccorso intasati e avere altri centri limitrofi, che possono per esempio svolgere attività e smaltire i codici a più bassa intensità (bianco, verde e giallo sbiadito), credo che sia una soluzione. Ci dobbiamo impiccare sul nome che va in contrasto con la normativa nazionale o badiamo alla sostanza? Nella sostanza questo concetto è stato ripreso, ripeto, da un emendamento presentato ed approvato dalla Commissione, a pagina 134, almeno chi vuole se lo va a leggere.

Sulle aree interne un dibattito molto acceso, anche prima del sisma, figuriamoci adesso che il terremoto ha stravolto quelle aree, ma anche qui il problema è la soluzione. Una prima discussione è sulla nuova area vasta delle aree montane, credo che ci sia anche qualche emendamento in merito, faccio una valutazione, probabilmente questa carenza non dipende dalla Regione Marche, ma da una

programmazione nazionale degli anni precedenti, i medici che oggi abbiamo, il potere d'acquisto, passatemi il termine, della classe medica permette di scegliere il luogo dove lavorare e credo che non ci sia tutta questa ansia di andare ad operare in ospedale piccoli dell'entroterra. Oggi questo è possibile garantirlo attraverso la collaborazione delle aree vaste, longitudinalmente rispetto al nostro territorio, perché grazie all'organizzazione dell'area vasta i medici possono girare tra gli ospedali della costa, quelli intervallivi e quelli di montagna, c'è quindi una presenza medica garantita.

Mi pongo il dubbio molto forte, ma non ho una risposta, se in un'area vasta montana in cui solo i medici di quell'area vasta possono girare tra i loro ospedali, avendo un numero che garantisce i servizi di quel mondo, dobbiamo impiccarci sull'organizzazione amministrativa o sulla soluzione del problema?

Non c'è certezza che il DM 70 accolga questa richiesta, ma l'emendamento, che ne raccoglie una serie venuti trasversalmente da varie forze politiche, dice che ci sono delle aree oggettivamente in difficoltà, perché le Marche hanno una conformazione complessa, aggravata dal sisma che ha creato ulteriori problematiche e, a parte alcuni tratti, penso alla Quadrilatero, non c'è un collegamento intervallivo così funzionante, c'è una strada che è allo studio ed in fase realizzativa, ma ci vorranno anni nel territorio maceratese, meno in altri territori, su questi dati oggettivi abbiamo detto di mantenere quei punti di riferimento in tutte le province marchigiane, mantenere delle aree disagiate e dare più servizi. Questo emendamento è stato approvato, è stato inserito, è sufficiente? Probabilmente da solo no, ma è un passaggio per dire apriamo un dibattito per l'entroterra delle aree montane, poi se la soluzione amministrativa migliore, non oggi, è nella modifica della legge 13, o in una nuova area vasta, o in un'organizzazione

diversa, ragioniamone, l'importante è mantenere fisso il dibattito.

Ci sono poi una serie di temi di cui abbiamo discusso e di cui dobbiamo avere consapevolezza, ripeto, anche se non rientrano nella gestione, nella libertà operativa della Regione, perché le statistiche, non il Consigliere Micucci o altri dell'opposizione, ma chi misura i dati, dicono che a livello di personale più di quello non è possibile spendere, ma non è oggetto del Piano sanitario. Fa sorridere questa cosa, quando le determine, gli atti presi dalla parte tecnica, sono sbagliate, la colpa è della politica, quando invece abbiamo delle eccellenze mediche il merito è dei medici. Segnalo che i dirigenti medici e i dirigenti amministrativi vengono assunti allo stesso modo, attraverso dei concorsi e dei bandi pubblici, non c'è quindi l'intromissione della politica nelle scelte. O è colpa/merito della politica, oppure è un ragionamento complessivo di organizzazione, ripeto, le Marche hanno delle eccellenze mediche per la bravura di quei professionisti, anche perché, credo, vengono messi nelle condizioni non ottimali, forse, ma migliori per operare e per mettere a frutto la loro professionalità. Penso che questo vada riconosciuto a quelle eccellenze mediche, ma anche a chi in questi anni ha gestito la politica. Anche qui una contraddizione, quando fa comodo la sanità che funzionava era quella di prima, ma sempre a gestione centrosinistra, quando non fa comodo siamo tutti del PD, sia quelli di ieri che quelli di oggi, anche su questo una riflessione di coerenza e di serietà va fatta.

Sull'atto che abbiamo approvato il mio giudizio è positivo, ringrazio chi lo ha proposto, chi ci ha lavorato, chi è riuscito a migliorarlo, chi ha dato un giudizio positivo e chi oggi lo voterà. Grazie

**Presidenza del Vicepresidente
Piero Celani**

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Talè.

Federico TALE'. Grazie Presidente. Viste le sollecitazioni del Consigliere Biancani, sarò veloce.

Mi corre l'obbligo di ringraziare la Dirigente del Servizio sanità e tutto lo staff per la stesura del Piano sanitario, molte volte è stata sollecitata da più parti ed è sempre stata molto disponibile. Un altro ringraziamento va al dott. Volpini, come Presidente della Commissione, anche se alcune volte non ci siamo trovati d'accordo su dei temi, e all'Assessore Ceriscioli, il nostro Presidente, che è sempre stato garante del non stravolgimento del Piano.

Detto questo, di tesi ne abbiamo sentite parecchie e siccome mi è sembrata più un inizio di campagna elettorale che una discussione del Piano sanitario, non vorrei correre lo stesso rischio anch'io, e allora, dico che secondo me i problemi della sanità regionale sono due.

Uno riguarda l'emergenza/urgenza, sia nella costa che nell'entroterra, l'altro, che in parte stiamo risolvendo, è quello delle liste d'attesa, dove abbiamo dato una bella accelerazione.

Per quanto riguarda le liste d'attesa l'accelerazione è stata data ed è innegabile, questo lo dobbiamo dire, anche se alcuni disguidi ancora ci sono, nel senso che fino a poco fa abbiamo fatto muovere il cittadino all'interno della regione, badate bene, evitando la mobilità passiva, e piano piano siamo arrivati all'interno delle aree vaste, adesso l'obiettivo è all'interno dei distretti, e ci siamo quasi. Quindi, per quanto riguarda le liste d'attesa abbiamo fatto dei grossi passi in avanti, non abbiamo risolto in toto il problema, questo va detto a chiare lettere.

Il problema dell'emergenza/urgenza si evidenzia sia nell'entroterra che nella costa per effetto di questa benedetta riforma (DM 70). Più volte ho detto al Presidente, anche sui giornali qualche anno fa, che non andava applicata in quella maniera matematica, ma andava spiegata forse meglio ai cittadini, non andava messo nessun cartello alla vigilia di Natale in cui dicevamo che

quell'ospedale dall'oggi al domani cambiava funzione, magari andava spiegato meglio ai cittadini il senso.

La riforma che dovevamo fare ed abbiamo fatto in modo troppo affrettato, cosa ha prodotto? Il sovraffollamento del pronto soccorso della costa e ahimè un deficit nell'entroterra per quanto riguarda l'emergenza/urgenza, non è un caso che siamo alle 15,00 del pomeriggio e dagli spalti sono andati via tutti, è rimasto solo il Sindaco di Pergola e due assessori del suo Comune, un motivo ci sarà. Abbiamo parlato di Pergola non so quante volte in quest'Aula, però un motivo c'è, perché anche ultimamente in Commissione c'è stata la volontà di togliere, di stralciare, gli ospedali di Pergola e di Amandola dal Piano sanitario, invece no, li abbiamo reinseriti, e devo ringraziare il Presidente Ceriscioli che sin dalla prima telefonata che gli fatto, subito dopo l'emendamento che era passato in Commissione, mi ha sempre garantito che sarebbero rimasti, non solo, sarebbero stati aggiunti anche Cagli, Cingoli e Sassocorvaro. Questo è stato quello che è avvenuto in Commissione.

E' già stato detto che questo è un Piano super partecipato, perché sia nei lavori della Giunta, ai quali ho partecipato spesso, sia in quelli del Consiglio, abbiamo audito tutti, dalle sigle sindacali a tutti gli stakeholder, non abbiamo saltato nessuno, anzi, c'è da dire, e lo dico, che molte volte abbiamo chiesto dei contributi che non sono arrivati, badate bene, e questo va detto. Il mio carattere mi spinge a dire anche chi non si è espresso, non lo dico, però molte volte, come Giunta, abbiamo chiesto a chi ci accusava, anche la parte sindacale - tanto prima o poi mi vien fuori - di darci dei contributi perché il Piano sanitario era ancora da adottare, era quella la fase in cui potevamo recepirli e farne tesoro, non è arrivato nulla, quindi, la Giunta si è affrettata e nel gennaio 2019 ha approvato il testo e l'ha fatto suo.

E' stato quasi un anno in Commissione, il Consigliere Volpini ha richiamato tutti, quindi abbiamo raccolto tutto ciò che ci era stato indicato sia in Giunta che in Commissione e alla fine è venuto fuori questo benedetto Piano socio-sanitario, che andremo a votare e naturalmente il mio voto sarà favorevole. Parlo a nome mio e a nome del gruppo Italia Viva, anche perché andiamo a modificare, come ho detto all'inizio, quella benedetta riforma del decreto 70 e gettiamo le basi per cercare di stemperarla un po'. Per quanto riguarda l'entroterra mettiamo nel Piano, sia per il presente che per chi verrà dopo, e c'è scritto in chiaro, che all'interno di quegli ospedali deve essere potenziata l'emergenza/urgenza, la possiamo chiamare come vogliamo, però va sicuramente potenziata. Sono andato al pronto soccorso di Fano, in alcuni giorni, in alcune sere, il venerdì sera, il sabato sera, è un girone infernale. Lo dobbiamo dire, non va tutto bene, io faccio parte della maggioranza, ho le deleghe alla sanità, anche se l'Assessore rimane il Presidente, però me ne occupato da un anno e mezzo e non dico che va tutto bene, assolutamente, c'è da migliorare, però in questo Piano sanitario gettiamo le basi per migliorare, per cercare di togliere il sovraffollamento al pronto soccorso di Fano, di Pesaro, di Senigallia e di tutte le Marche e per fare questo dobbiamo cercare di incrementare nell'entroterra l'emergenza/urgenza.

Cosa abbiamo fatto? Ho sentito prima la critica all'elisoccorso, che non è sicuramente la soluzione di tutti i problemi, però intanto nella regione Marche, da qui a breve, perché è stata vinta la gara da una ditta inglese, una ditta che sta già operando nel Lazio e in Lombardia, e sta operando bene, avremo tutte le piste dell'elisoccorso a norma, idonee, illuminate e l'avremo H24, questa è una cosa fatta in questi ultimi mesi.

Un'ultima cosa che ho sentito in tutti gli interventi è quella del pubblico e del privato e su questo tema è necessario dire due parole, perché è vero, nel Piano sanitario

abbiamo scritto nero su bianco che dobbiamo promuovere la sanità pubblica, questa è una maggioranza che vuole promuoverla, però, attenzione, non è che non la stiamo già promuovendo. Prima mi sono fatto dare dei dati, la Regione Marche ha il 13-14% di sanità privata, la Lombardia ha il 28%. Prima ho sentito dire da qualche esponente della Lega nord che la sanità deve essere pubblica, lo sfido nel territorio a dire che la sanità deve essere pubblica con la Lombardia al 28% e noi al 13%. Io invece sostengo tutt'altro, noi dobbiamo fare il massimo perché la sanità rimanga pubblica, le risorse massime le dobbiamo adoperare ne

La sanità pubblica, ma attenzione, dove il pubblico non arriva è bene che ci facciamo aiutare dal privato convenzionato, perché siamo rimasti gli ultimi, dopo la Lombardia, il Lazio, la Liguria, il Veneto, il Piemonte, chi ne ha di meno è al 18%, e poi altre Regioni.

Questo lo dobbiamo dire e lo dobbiamo dire cittadini: la sanità la vogliamo pubblica, ma attenzione, dove è possibile, se il privato ci dà una mano, ben venga, anche perché noi abbiamo delle macchine nuove e ne abbiamo comperate tant'è che il cittadino si chiede: "Come mai queste macchine non funzionano fino a mezzanotte? Non fino alle 18,00 di sera. Dieci anni fa sono andato a fare una risonanza magnetica dal privato alle 23,45, a quell'ora il privato faceva le risonanze e non capisco perché il pubblico, visto che dobbiamo eliminare le liste d'attesa, non possa farlo. Si fanno dei turni, ci si fa aiutare, se non possiamo assumere di più di quello che abbiamo assunto, se il tetto lo abbiamo raggiunto e non lo possiamo sfiorare, c'è il privato, molte volte il privato sociale, che ci dà una mano. Non dobbiamo aver paura di dire al cittadino che ce ne dobbiamo servire, altrimenti cosa succede? Andiamo in Emilia-Romagna dove la sanità al 18% minimo è privata.

Questo per far chiarezza per quanto riguarda il pubblico, ma poi, badate bene, la nostra sanità privata, quel 14% circa, è tutta

sul socio-sanitario, perché solo il 3% lo utilizziamo per le acuzie, la restante parte, l'11% è la riabilitazione, le residenze protette, questo è il nostro privato, non è sulle acuzie, cosa che accade al contrario in Emilia-Romagna, in Lombardia, in Veneto e nel Lazio.

Un'ultima cosa su quanto ha detto prima il Consigliere Marconi - nell'entroterra ci abito e ce l'ho sempre molto a cuore - "Per quanto riguarda l'entroterra, dobbiamo dare i criteri alle aree interne, basta dare i criteri", no, non basta dare i criteri, di criteri ne dobbiamo avere uno solo, che la sanità sia uguale per tutti, sia per il cittadino dell'entroterra che per il cittadino della costa, deve essere uguale per tutti, le stesse opportunità, sia di curarsi che di vita, questo deve essere l'unico obiettivo e l'unico criterio che ci deve essere per l'entroterra in questo Piano sanitario.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Bisonni.

Sandro BISONNI. Grazie Presidente. Questo Piano sanitario arriva a fine legislatura, quindi per me è stato anche motivo di riflessione sulla mia attività, per vedere quello che in ambito sanitario ho cercato di fare e di portare avanti.

Penso che l'Aula possa essere d'accordo con me, poi ci sono gli atti che parlano, mi sono sempre battuto, e adesso lo ridico anche con forza, Presidente, per la difesa delle strutture dell'entroterra, sarà perché vengo dall'entroterra e sono particolarmente legato a quel territorio.

Mi ricordo, ad esempio, la lotta per conservare i PPI di Tolentino e di Recanati, che abbiamo mantenuto, ringrazio ancora il Presidente che si è mosso in questa direzione, grazie alla "scusa del sisma" che scusa non è per il mantenimento del PPI di Cingoli. Ricordo altre cose, cose piccole, che sono riuscito ad ottenere, ad esempio il bando per il radiologo di Camerino, la guardia medica pediatrica per tutti gli

ospedali che non hanno il reparto di pediatria, il mantenimento degli ambulatori nell'entroterra, il mantenimento dello standard dei servizi del PAT di Matelica.

Alcune cose, Presidente, non sono riuscito ad ottenerle, e lo dico con rammarico, come, ad esempio, la battaglia per mantenere la diagnosi prenatale di secondo livello a San Severino Marche, sono ancora convinto che doveva rimanere lì, non sono riuscito ad ottenere il mantenimento del punto nascita a San Severino Marche, di questo me ne dolgo, ma la mia parte l'ho fatta tutta, qualcuno telefonava, qualcuno era uscito dall'Aula ed al momento del voto sono mancati voti importanti.

Ho detto questo per sottolineare come la mia azione sia stata sempre guidata da questa stella polare: garantire all'entroterra quell'accesso ai servizi sanitari, che giustamente il cittadino deve avere al pari di quello che abita lungo la costa.

Presidente, in questi giorni ho avuto degli input, come abbiamo avuto tutti, leggendo i giornali che mi hanno lasciato un po' anche disorientato, recentemente c'è stato un Consiglio comunale aperto a San Severino Marche, lei lo saprà, io ci sono andato, e sui quotidiani sono state tantissime le critiche da parte di alcuni Sindaci del centrodestra e di quell'area politica, hanno criticato il Piano sanitario, l'ospedale nuovo provinciale, i tagli, queste sono le tre critiche. Parto dall'ultima, dai tagli.

Ripeto quello che ho detto al Consiglio comunale di San Severino, la Regione quando li fa non gode a ridurre i servizi al territorio, di solito ci sono degli efficientamenti che sono dovuti alle regole stringenti nazionali, vedi il decreto Balduzzi, vedi il decreto ministeriale 70 del 2015, che impongono un contenitore in cui la Regione si deve muovere. Allora faccio questa considerazione: visto che la Lega è stata al Governo poco fa, poteva benissimo modificare questi decreti e dare più soldi alle Regioni, perché non l'ha fatto? A dire il vero,

per onestà intellettuale, anche i Governi di centrosinistra si sono comportati alla stessa maniera, però la Regione non può fare quello che vuole, si muove dentro dei binari che si decidono a Roma, quindi chi sta a Roma deve modificare, se vuole, queste regole.

Le critiche all'ospedale provinciale, nessuno lo vuole però veniamo a sapere, notizia arcinota, che tutti i Sindaci, parlo per la provincia di Macerata quantomeno, hanno votato all'unanimità per l'ospedale nuovo a Macerata, allora sottolineo questa schizofrenia che mi disorienta, perché nelle sedi opportune, istituzionali, si vota a favore e poi sulla stampa si dice l'opposto.

In merito alle critiche al Piano sanitario sono molto sensibile a quello che dicono i territori, come tutti, per cui ho cercato di capire quali fossero le problematiche evidenziate, cosa volessero giustamente il territorio ed i Sindaci e non avendo trovato negli articoli di giornali dei punti specifici o anche delle proposte costruttive, mi sono andato a leggere, con l'aiuto della mia amica Romina Pergolesi, che sta in Commissione sanità e che ringrazio, tutte le sedute, le audizioni dei Sindaci, i verbali, ed è stato un bel lavoro importante, ho scoperto anche che il Cal, l'ha già detto qualcuno prima di me, ha espresso parere favorevole senza nessuna prescrizione. Il Cal, come tutti sapete, è l'organismo che rappresenta le autonomie locali, ossia i Sindaci sul territorio. Non basta, sono stati auditi tanti portatori di interessi tra cui il Presidente della Conferenza dei Sindaci, cioè il Sindaco di Macerata, il quale ha detto che non c'erano osservazioni che poteva fare sul Piano sanitario regionale anche perché non gli era arrivato nulla, non basta, in quel Consiglio comunale aperto ho detto: "Guardate, visto che muovete delle osservazioni e siete così critici sul Piano regionale sanitario, anche considerato che nel concreto non ho trovato nulla, che nei verbali della Commissione sanità non sono riportate osservazioni, siccome ci tengo

moltissimo al territorio, mi offro di fare il portavoce, datemi le vostre osservazioni, le trasformerò in emendamenti che discuteremo in Aula e che cercherò di fare approvare", Presidente, sa quante osservazioni mi sono arrivate? Zero.

C'è questo bilateralismo, da una parte si parla alla pancia delle persone, dicendo che niente va bene, che niente funziona, che la Regione è responsabile di tutto, dicendo anche una cosa sbagliata perché, come abbiamo detto, ci sono delle leggi nazionali stringenti, dall'altra, nelle sedi istituzionali opportune, dove si deve votare, dove si devono fare proposte, dove si devono muovere anche delle critiche, non si dice nulla e si vota a favore.

La stessa minoranza in Regione, mi riferisco alla Consigliera Leonardi, che è stata piuttosto critica e che oggi magari voterà pure contro, in Commissione sanità, sul Piano, si è astenuta. Nelle sedi opportune, di nuovo, o non si osserva niente o ci si astiene, comunque non si vota contro, ma questo significa, immagino, che questo Piano sanitario così male forse non è o perlomeno ai Sindaci piace, altrimenti avrebbero dovuto muovere delle osservazioni.

Concludo, Presidente, dicendo solo una cosa, ricordo un numero a memoria perché l'ha detto il Direttore dell'Area vasta 3 in quel Consiglio comunale aperto, e lo ripeto: per la provincia di Macerata in questa legislatura sono stati investiti oltre 33 milioni di euro, non era mai successa una cosa del genere, nella storia non si ricorda in provincia di Macerata un investimento così consistente per le strutture ospedaliere e per i servizi ai cittadini. Se mi passa la nota polemica, Presidente, forse questi 33 milioni di euro potevano essere 43 perché si potevano risparmiare 10 milioni in cose non sono così prioritarie, parlo delle strade, non sono contrario alle strade, sono favorevolissimo alle infrastrutture, ma sono contrario agli sprechi, alle soluzioni sbagliate, c'è da trovare la soluzione giusta, efficiente ed

economica allo stesso tempo, con impatti ambientali ridotti, che sia più funzionale, e c'è questa soluzione e lei lo sa bene, Queste risorse competono a capitoli diversi, però noi sappiamo che con la loro abilità i nostri tecnici riescono a gestire i capitoli e a spostare anche le risorse, l'importante è averle, poi il modo di spostarle si trova, sempre nella legalità, sempre secondo quello che ci consente la legge, ma si trova.

Forse l'unico rammarico è questo, ma sicuramente non posso negare che da parte di questa amministrazione c'è stato un grande impegno, perlomeno in termini di investimenti economici sulla sanità del territorio, quindi i Verdi voteranno a favore di del Piano sanitario e mi dispiace, ripeto, che si sfrutti questo argomento così delicato, al quale i cittadini sono molto sensibili, per una campagna elettorale che si avvicina, strumentalizzando i fatti e poi, ripeto, nelle sedi opportune, non si muove nemmeno un dito. Grazie.

PRESIDENTE. Ha la parola l'Assessore Pieroni.

Moreno PIERONI. Grazie Presidente. Il Piano sanitario coinvolge un po' tutti, non soltanto le forze politiche, ma tutto il sistema sindacale, i tantissimi operatori che lavorano e ruotano intorno alla sanità marchigiana, quindi è chiaro che oggi il dibattito sia profondo anche perché parte da posizioni sostanzialmente diverse e come sempre ho sentito alcuni interventi delle opposizioni che criticano il Piano sanitario e quello che è stato fatto.

Premetto che con me nel precedente Consiglio erano presenti i Consiglieri Giancarli e Carloni e ricordo bene che quanto è stato approvato il Piano sanitario all'epoca, ormai 7 o 8 anni fa, forse più, le opposizioni hanno fatto le stesse critiche: il Piano sanitario non va bene, la politica sanitaria della Regione Marche non va bene, mai motivazioni, mai proposte concrete e questo credo che sia il limite che ogni volta

le opposizioni pongono quando devono criticare o confrontarsi su un percorso e su alcune progettualità.

E' indubbio, è vero, avremmo potuto portare il Piano sanitario, e forse dovevamo farlo, un anno fa, due anni fa ed immagino le critiche se in questi cinque anni la maggioranza non l'avesse portato all'approvazione di quest'Aula, un Piano sanitario che doveva rivedere le posizioni di quello vigente. Immagino le critiche: in cinque anni non siete riusciti ad approvare un Piano sanitario, a fare una proposta concreta di sanità pubblica per la Regione Marche, avete utilizzato il Piano della vecchia amministrazione, quindi capisco le opposizioni e perché al di là del merito, oggi lo contestano, una volta approvato avranno le armi spuntate per andare tra la gente in occasione delle prossime elezioni, rispetto ad una serie di idee e di percorsi che nella loro testa e nel loro modo di fare avevano in mente di portare avanti.

Al di là della politica oggi quest'Aula deve approvare un atto importantissimo per il sistema sanitario marchigiano dei prossimi 5/8 anni. E' indubbio che l'articolazione così complessa di un Piano sanitario, come lo è stata all'epoca e come lo è in questa fase, sicuramente un'articolazione non semplice ...

Un lavoro iniziato con una proposta aperta, questo bisogna dirlo, che la Giunta ha fatto per far partire le procedure del Piano sanitario e ricordo che lo stesso Presidente, con grande franchezza e con grande chiarezza in Giunta ha detto: "Facciamo partire questa proposta, in cui ci sono una serie di criteri, di indicazioni, di principi, poi con la Commissione e con tutto il sistema sanitario, quindi sindacati e altri, condivideremo alcune questioni più direttamente coinvolgenti per i cittadini". Da questo punto di vista il lavoro c'è stato, c'è stato un percorso fortemente partecipativo, dove, al di là delle chiacchiere, si sono incontrati gli amministratori, i Sindaci, i sindacati, si sono incontrati tutti i soggetti

interessati alla sanità marchigiana, quindi, da questo punto di vista è stato fatto un buon lavoro.

Nel merito il Piano sanitario ha cercato di riportare ... Noi parliamo sempre del Piano sanitario, ma c'è anche un aspetto sociale e rispetto a quello vecchio ci sono tante proposte migliorative, tante situazioni che vanno incontro a chi ha più bisogno, a chi ha criticità sociali nel territorio, che si inseriscono in maniera importante nella sanità marchigiana.

E' indubbio che tutte le proposte, che si sono inserite nel percorso di confronto e che la Commissione ha cercato di riportare in maniera abbastanza dettagliata nel Piano, hanno dato un respiro più ampio e daranno, secondo me, una percezione più importante non soltanto agli addetti lavori, quindi, agli operatori ed altri, ma soprattutto ai cittadini che dovranno capirle, e spetta a noi farlo notare, quanto lavoro e quanto impegno ci sono stati.

Al di là di tutto, l'ha ricordato anche il Consigliere Talè, in questi cinque anni la sanità ha cercato, con tutte le difficoltà, con tutte le problematiche, perché è giusto anche dire questo, di essere sempre più vicina ai territori e di dare loro risposte importanti.

Oggi dobbiamo dare, Presidente, un ultimo grande messaggio ed è per questo che, poi entrerà nello specifico quando parleremo degli emendamenti, il gruppo Uniti per le Marche ha presentato un emendamento che riguarda le strutture sanitarie, che oggi sono strutture di comunità, perché riteniamo che nelle aree interne, nelle aree più disagiate e in quelle strutture che hanno un certo numero di accessi, sia possibile dettagliare meglio quello che vogliamo per i prossimi 5/8 anni rispetto al percorso che stiamo portando avanti.

Sono certo che l'emendamento che abbiamo presentato come Uniti per le Marche, servirà a fare ulteriore chiarezza rispetto alla volontà prevista in un articolo del

Piano sanitario che, secondo me, va ancor più dettagliato.

Se oggi approviamo il Piano sanitario i cittadini capiranno la proposta, nonché l'impegno e la volontà che questa maggioranza, come spero tutti i Consiglieri di maggioranza e opposizione, ha dimostrato rispetto alla sanità marchigiana.

Anch'io ho notato che la relatrice di minoranza in Commissione, se non sbaglio, si è astenuta, anche questo è un bel messaggio a dimostrazione della foga preelettorale che stiamo mettendo tutti. Se questo atto è riuscito a coinvolgere anche la relatrice di minoranza con un'astensione del tutto sbagliato non è.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Minardi.

Renato Claudio MINARDI. Grazie Presidente. Viviamo in un Paese in cui il servizio sanitario è universale, non dobbiamo, quando c'è un'esigenza o una necessità, esibire la carta di credito e questa credo che sia una nostra grande conquista, un Paese moderno, che ovviamente dà al servizio sanitario un'importanza tale che tutti i cittadini devono poterne fruire, a parità di condizioni, indipendentemente da dove vivono, anche rispetto alla capacità economica di ognuno. Credo che questo sia un fatto estremamente rilevante.

Il Piano sanitario è uno strumento di programmazione fondamentale, quello precedente era scaduto, ed il lavoro che è stato fatto in questi anni per arrivare alla sua definizione potrebbe essere considerato tardivo, è vero, ma non dimentichiamoci, per questa attività voglio ringraziare sia la Commissione, il Presidente della Commissione, che gli uffici, vedo anche la Dirigente del Servizio sanità, che tutto si può dire tranne che non sia stato partecipato.

Il Consigliere Volpini questa mattina ha detto che 155 soggetti sono stati ascoltati, un'infinità di sedute della Commissione e

tanto lavoro messo in campo sia dalla Commissione che dal Servizio. Un atto per il quale si è cercato di ascoltare tutti gli stakeholder, i soggetti interessati, per dare una risposta concreta, più vicina alle esigenze dei cittadini.

La Commissione ha fatto un lavoro di sintesi rispetto ad un numero importante di emendamenti, cercando di cogliere le istanze che sono venute dai Consiglieri, che con le loro antenne hanno cercato di trasferire le richieste dei territori in un atto di programmazione.

La partecipazione e l'ascolto sono alla base di un sistema di lavoro assolutamente condiviso, dopodiché è chiaro che all'interno di questo quadro non dobbiamo dimenticarci che dobbiamo fare i conti con il famigerato DM 70 che, nel bene e nel male, è il punto di riferimento di tutto. E' il decreto ministeriale 70 che dobbiamo attuare, è un punto di riferimento, un po' la "Bibbia" per chi opera nel servizio sanitario, perché se non si dà attuazione piena ai suoi dettati il rischio è di vedere diminuire le risorse. Questo è il tema: se non applichi il decreto ministeriale vengono meno le disponibilità, vengono meno i servizi, vengono meno le risorse per gli investimenti, vengono meno le risorse per il personale.

Credo che questo sia un punto chiave di tutto il lavoro che è stato fatto, dopodiché è tutto criticabile, la percezione può anche non essere delle migliori tutto è migliorabile, ma in tutto questo, al di là di come e dove si svolgono i servizi, nessuno può mettere in discussione che nelle Marche ci sia un servizio sanitario di qualità, le prestazioni sanitarie erogate ai cittadini sono di qualità, in alcuni casi direi di alta qualità, e questo è un dato importante, perché avere nei nostri ospedali dei servizi, in particolare quelli più importanti, che danno le risposte e che salvano la vita ai cittadini, non soltanto con prestazioni, ma anche con interventi spesso chirurgici, è un riconoscimento rilevante.

Se non mettiamo in discussione il concetto della qualità dei servizi che

vengono erogati dal nostro sistema sanitario marchigiano, alcuni punti di debolezza è chiaro che li abbiamo, soprattutto, a mio avviso, sulla percezione, per esempio, del servizio urgenza/emergenza.

Sul tema dell'urgenza/emergenza, noi abbiamo nella fascia costiera un sistema di ospedali che parte da Pesaro fino a San Benedetto del Tronto, che è di qualità, dopo, per carità, sappiamo bene che occorrerebbe filtrare meglio le prestazioni all'interno del pronto soccorso, magari andrebbe fatto un lavoro migliore da parte dei medici di base per intasare meno il pronto soccorso per prestazioni che spesso non sono urgenti, e non è un richiamo al Consigliere Volpini il quale so che su questo è molto attento. Se il sistema fosse un po' più attento, probabilmente anche il cittadino andrebbe meno al pronto soccorso, che facilmente si intasa, ma è anche vero che i pronto soccorso spesso rallentano il servizio perché alcune prestazioni, soprattutto nei piccoli presidi, non vengono più erogate. Sicuramente lì c'è bisogno di fare un intervento in più, di dare un segnale in più, ma è anche vero che alcuni medici di cure specialistiche, non si trovano.

Qualche giorno fa ho parlato con il primario del pronto soccorso di Fano che mi ha detto che fra Fano e Pesaro mancano 8 medici dell'urgenza/emergenza, non si trovano perché non ci sono. Questo è un altro tema che forse non dipende solo ed esclusivamente da noi, che riguarda la programmazione delle specialistiche, perché sappiamo come di qui a qualche anno non solo mancheranno i medici per l'urgenza/emergenza, ma mancheranno gli anestesisti, i pediatri, di qui a breve ci dicono che mancheranno anche i medici di base, i ginecologi, quindi, è ovvio che una programmazione un po' più larga rispetto alle specialistiche va fatta in tempi veloci, perché il rischio è che qui a qualche anno il sistema vada in stallo.

Se i pronto soccorso nella zona costiera funzionano e anche bene, c'è sicuramente

bisogno di dare soprattutto nelle aree interne, non solo servizi, ma una percezione maggiore rispetto ai servizi che ci sono. Alcuni giorni fa, in un'Assemblea ho fatto un esempio: il cittadino di Carpegna per andare al pronto soccorso di Urbino ci mette quasi un'ora, il cittadino di Pesaro, con l'autostrada, in un'ora va a Bologna, capite bene che non è la stessa cosa per il cittadino di Carpegna andare ad Urbino e per il cittadino di Pesaro andare a Bologna, non è esattamente la stessa cosa, quindi c'è sicuramente bisogno di un rafforzamento dei servizi, soprattutto nelle aree interne, per dare la tranquillità e la certezza alle persone di avere risposte adeguate, perché tutti devono essere messi nelle stesse condizioni di poter accedere alle stesse prestazioni. Quindi, chi sta a Carpegna o a Cantiano ha lo stesso diritto di avere la stessa prestazione sanitaria di quello che sta a Pesaro, Ancona, Macerata o Ascoli Piceno.

Questo è il concetto fondamentale su cui abbiamo lavorato, anch'io per quel poco che ho potuto fare non essendo in Commissione, con gli emendamenti che abbiamo presentato. Ringrazio la Commissione per aver accolto l'emendamento, che ha firmato anche il Consigliere Traversini, che prevede la presenza di un medico h24 negli ospedali di Cagli, Sassocorvaro e Cingoli, oltre al medico dell'ambulanza medicalizzata. E' un emendamento che mi convince e sono contento che la Commissione l'abbia accolto perché è una risposta concreta rispetto all'esigenza dei cittadini di quei territori, che hanno la necessità di avere delle risposte adeguate. Come l'altra battaglia che abbiamo fatto, che non era scontata perché non c'è stata dall'inizio una condivisione piena da parte di quest'Aula, da parte anche del sistema sanitario, il riconoscimento degli ospedali di Pergola e di Amandola come ospedali di area disagiata con sede di pronto soccorso, perché c'è già, questo lo voglio ricordare,

una delibera del 2013 che prevedeva il riconoscimento di area disagiata agli ospedali di Pergola e di Amandola, ed averli inseriti all'interno del Piano socio-sanitario è un riconoscimento certo, definitivo, che dà garanzie a quei territori rispetto al presidio ospedaliero e dà una risposta ai cittadini di quelle zone che altrimenti vedono, se guardate geograficamente, un buco all'interno del quale non ci sono altri tipi di prestazioni sanitarie.

E' una risposta importante averlo inserito in sede di adozione e averlo confermato in sede di approvazione definitiva del Piano, è una risposta concreta, ovviamente i cittadini - sono qui gli amministratori di Pergola, a partire dal Sindaco - non sono qui a caso, ma vogliono testimoniare un'esigenza territoriale rispetto ai servizi sanitari, a partire da quelli del pronto soccorso. Ospedale sul quale abbiamo previsto oltre 4 milioni di investimenti e c'è anche qualcuno che continua a dire che facciamo gli investimenti e poi lo chiuderemo. Ditemi chi è quel folle che spende 4 milioni in una struttura e il giorno dopo la chiude. Chiusa parentesi. Questa è soltanto una battuta rispetto a chi vuole mistificare la verità sui territori, raccontando le favole a cui ormai non crede più nessuno.

Aggiungo il tema della sanità privata. Siamo al tetto del costo del personale, per cui abbiamo l'esigenza e la necessità di avere il convenzionamento di alcuni servizi, soprattutto sulle zone di confine, per evitare di continuare a pagare mobilità passiva rispetto non solo al privato, ma anche alla sanità pubblica di altre Regioni. Io vivo in una provincia, la provincia di Pesaro-Urbino, che paga mediamente dai 43 ai 44 milioni di euro di mobilità passiva, capite bene che nel nostro territorio non esiste una clinica privata in grado di abbattere la mobilità passiva con un sistema privato, che ricordo è convenzionato e che deve essere complementare alla sanità pubblica, non concorrenziale, con la possibilità di utilizzare quelle risorse nel territorio

marchigiano, anziché mandarle in Emilia-Romagna, Veneto e Lombardia.

Mi fa specie che qualcuno oggi faccia le prediche sulla sanità privata quando è riferimento di un partito che governa, ad esempio, la Lombardia che ha il 28% di sanità privata, la media italiana è del 18,8%, le Marche hanno l'11,8% esattamente 7 punti sotto la media nazionale. La Lombardia è al 28%, il Veneto al 16,7%, comunque 5 punti in più rispetto alle Marche. Per favore, non venite a farci lezioni di demagogia perché ne abbiamo onestamente anche un po' le scatole piene, sentire il sermone di chi predica in un modo in questa sede e poi razzola in modo completamente diverso in altri luoghi.

Ricordo inoltre due questioni, prima, la questione degli investimenti perché se non rispetti le regole del DM 70 hai il rischio di perdere delle risorse, vorrei ricordare, per esempio, che nella provincia di Pesaro-Urbino sono aumentati sia gli investimenti che il personale, il budget dell'Azienda ospedaliera, per esempio, è passato da 213 a 225 milioni di euro, il budget dell'area vasta da 346 a 351 milioni di euro, nelle Marche, in questi anni, abbiamo investito quasi 500 milioni di euro, è stato attivato il servizio di elisoccorso h24, 40 milioni di investimenti su l'Azienda ospedaliera Marche nord, tra cui la robotica, che è diventata sede di mobilità attiva e non passiva, prima avevamo la mobilità passiva oggi c'è un'inversione di tendenza.

Certamente c'è da fare qualcosa in più sulle liste di attesa, nonostante siano stati fatti grandi passi avanti, anche se qualche disagio ogni tanto c'è, ad esempio qualche giorno fa mi riferivano che una persona è stata inviata per una visita medica a Camerino, adesso però ci sono i correttivi in corso, sicuramente passi avanti e accelerazioni ci sono state, quindi questo è un aspetto estremamente positivo.

Chiudo ricordando il tema dell'inserimento del cosiddetto Protocollo Fano all'interno del Piano sanitario, non è

una decisione di questo Consiglio regionale, era stata assunta 11 o 12 anni fa, se non vado errato nel 2007/2008. Quando a Fano e Pesaro decisero di fare l'Azienda ospedaliera è stata fatta l'integrazione dei due ospedali in un'unica struttura ospedaliera e il territorio ha risposto in modo serio, ma la verità è che non sono partiti gli investimenti, che dovevano partire perché fatta l'integrazione, eliminati due primari, eliminate due caposala, eliminati due servizi, ne hai uno, ma per farne uno devi avere anche un'unica struttura ospedaliera che deve partire, mi auguro, nel più breve tempo possibile. La cosa importante che abbiamo fatto dopo l'individuazione del sito per la nuova struttura ospedaliera, che dovrà essere moderna, efficiente, efficace, non solo per i servizi, ma anche per la qualità dell'attività ricettiva, è che abbiamo previsto una serie di servizi che devono rimanere nel presidio ospedaliero di Fano, quali? Il pronto soccorso con i codici colore, il day hospital oncologico, la diagnostica, la specialistica ed altri servizi di cui il cittadino ha bisogno quotidianamente.

La sostanza qual è? E' quella che da una parte si fa il presidio ospedaliero nuovo e la struttura che è più lontana dal nuovo ospedale deve poter mantenere e garantire una serie di servizi. Lo dico anche con un po' di orgoglio perché su quel protocollo, ci abbiamo lavorato insieme al Sindaco di Fano ed al Presidente Ceriscioli ed ora viene preso a riferimento anche per la costruzione dei nuovi ospedali di Civitanova Marche, Macerata e, per la costa, di San Benedetto del Tronto ed Ascoli Piceno. E' un modello, un riferimento, non solo mette al sicuro il Protocollo, che è stato già sottoscritto all'interno del Piano sanitario, ma diventa un punto di riferimento anche per gli altri.

Questo credo che sia un modo di operare adeguato, cercando di stare vicini ai territori, cercando di dare risposte adeguate ai cittadini, perché tutti devono essere messi nelle stesse condizioni di poter

usufruire delle prestazioni sanitarie da parte del sistema pubblico della regione Marche a prescindere dalle opportunità economiche e delle situazioni geomorfologiche del territorio. Tutti quanti dobbiamo poter fruire delle stesse garanzie e delle stesse sicurezze.

Quello che è stato fatto, quello che si sta facendo anche in questo Piano credo che possa essere una risposta adeguata e concreta, è vero che arriva a fine legislatura, ma è il frutto di concertazione, di partecipazione e sarà sicuramente un modello da applicare per i prossimi anni. Grazie.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Traversini.

Gino TRAVERSINI. Grazie Presidente. Credo che sul Piano sanitario sia stato fatto un buon lavoro, sia da parte della struttura tecnica, ma devo dire anche della Commissione, che per molto tempo ha tenuto l'atto in giacenza, però in realtà questo tempo è servito per un approfondimento ed una correzione del provvedimento stesso.

Un ottimo lavoro a favore della sanità marchigiana, è stato detto, però è bene rimarcarlo, una buona sanità che è ottima in alcuni servizi, personalmente l'ho provata, lo sapete benissimo, passando prima per una struttura della provincia, l'ospedale di base di Urbino, poi per Ancona in cardiocirurgia e mi sono reso conto dell'eccellenza che abbiamo, dove c'è la presenza di moltissimi che vengono da fuori regione, soprattutto dall'Abruzzo, non solo in quel servizio, ma anche in altri siamo ai primi posti a livello nazionale. A pochi giorni dalle mie dimissioni dall'ospedale, sui giornali, avete visto, è apparsa la notizia che ad Ancona c'era un famoso ciclista ricoverato per un intervento chirurgico, io sono un appassionato di ciclismo, lo conoscete un po' tutti, è toscano, campione del mondo di ciclismo ed è venuto ad operarsi in Ancona,

quindi significa che qualcosa è cambiato. Dico questo perché vengo dalla provincia di Pesaro e quando c'erano dei problemi relativi all'ortopedia, ma soprattutto alla cardiocirurgia, la strada che si prendeva era quella dell'Emilia-Romagna, Cotignola, io non sono venuto ad Ancona perché sono un Consigliere regionale, ma perché è quello che sta succedendo, i marchigiani, soprattutto i residenti nella provincia di Pesaro, che si spostavano in Romagna ora vengono ad Ancona.

Questo è l'esempio lampante di come sono cambiate alcune situazioni, in realtà parliamo di qualcosa che sta al di là delle tante critiche che si stanno facendo, la sanità sta funzionando e sta funzionando bene. Non vuol dire che tutto è perfetto, l'ho detto tante volte, non è vero che non si deve modificare niente e deve rimanere tutto così, assolutamente no, però la strada che si è intrapresa è importante.

Ci dimentichiamo anche, ho sempre seguito questa riforma sanitaria e l'ho accompagnata con il mio consenso, che tutto nasce da un cambiamento a livello nazionale, è stato detto più di una volta in quest'Aula, dal decreto ministeriale 70, prima c'era il Balduzzi, e se non si percorre quella strada, ti trovi fuori dal percorso principale, cosa che in realtà noi non abbiamo fatto.

È chiaro che quel decreto per alcuni aspetti lo critico perché non conosce e non va nel minimo dettaglio, alcuni correttivi vanno apportati, però a livello nazionale, è stato già detto, lo ripeto, sono cambiati Governi, giallo, rossi, verdi, arancioni, azzurro e violetto, ed in realtà nessuno ha messo mani al decreto ministeriale 70 e questo chiaramente fa capire come siamo andati avanti e come in realtà non si sia fatto capire bene alla gente.

Io non giro tantissimo, però mi è capitato di andare in altre regioni, in Friuli, in Piemonte, e di situazioni, di Paesi in cui c'erano i manifesti con scritto "hanno chiuso il nostro ospedale" e che vivono la nostra

situazione è pieno e chi ha portato avanti quella che era la via tracciata dalla politica nazionale per forza di cose ha dovuto riformare.

Il problema più grosso, in realtà, anche a livello marchigiano, l'abbiamo nella gestione della sanità nelle aree interne, avevamo molti ospedali di polo che dovevano essere riconvertiti perché per il decreto ministeriale 70 non dovevano esistere. Ci sono tre diverse forme: l'ospedale di base, di primo livello e di secondo livello. Questo è quello che andava fatto e che è stato modificato. Il problema vero è che noi abbiamo messo dei correttivi, l'abbiamo fatto, abbiamo cercato di cambiare quello che c'era all'interno degli ospedali polo per dare una risposta ai cittadini, per rispondere alle esigenze.

Parlo della questione delle aree interne che dal punto di vista della vita vivono una realtà buona, però se uno guarda bene vivono una situazione che può diventare drammatica, non solo per quelle zone, ma anche per la regione. C'è una situazione di grande spopolamento, lo dicevamo, quindi i servizi di quel territorio vanno mantenuti ed è per questo che Barca, in qualche modo, alcuni anni fa, ha messo in piedi la politica delle aree interne, la strategia delle aree interne, che poi si è andata affievolendo, a cui la Regione ha aderito. Siamo arrivati a cinque zone interne, copriamo tutte le aree interne della Regione Marche e lì si punta sulla scuola, sulla sanità, sui trasporti e si danno risposte, perché se vogliamo che la gente rimanga in questi territori si devono dare le risposte.

In realtà la strategia delle aree interne si è molto affievolita e stamattina il Consigliere Busilacchi parlando del decreto ministeriale 70 ha detto della possibilità del Ministro di cambiarlo, di modificarlo, spero che lo faccia anche perché insieme all'Assessore Sciapichetti ho controfirmato tre richieste al Ministro che ancora non hanno avuto risposta, speriamo che ce la dia, per essere accolti e per spiegare. L'abbiamo fatto in un caso con il precedente Ministro, abbiamo

incontrato i dirigenti per chiedere che nelle aree interne, nei territori interni, negli ospedali che erano stati trasformati, non venisse riconosciuto chissà quale servizio - il nome non è così importante - ma visto che non si potevano più chiamare punto di primo intervento, di trasformarli in servizio di emergenza urgenza, dove ci sono persone competenti che danno risposte essenziali a chi ci va e questa è una cosa possibile, non c'è bisogno di grandi sforzi, anche se è complicata perché ci sono motivazioni forti anche dentro le aree interne.

Per quanto riguarda gli ospedali delle aree interne abbiamo cercato di fare il possibile, anche perché ci sono investimenti di milioni di euro.

E' vero, potevamo andare più veloci, ma per la burocrazia, per varie situazioni siamo un po' indietro, ma la strada è stata tracciata e le operazioni sono tutte partite, tant'è che piano piano quei territori si stanno accorgendo, qualcuno in parte, dei servizi che si stanno mettendo in piedi.

Con chiarezza si è sempre detto che nelle aree interne non c'è bisogno di grandi servizi, di cardiocirurgia, c'è necessità di una diagnostica che funzioni in maniera efficiente, e può essere messa in piedi. E' importante dare risposte ai cittadini, c'è bisogno della lungodegenza e questo è fondamentale per un determinato servizio, un cittadino che deve stare un mese in ospedale, con una diagnosi già accertata, non vedo perché debba andare con tutta la famiglia così lontano da casa, può essere curato vicino, nell'ex ospedale di polo.

La cosa più rilevante è quella del punto emergenza/urgenza. Il 118 svolge bene la sua funzione, può essere potenziato, c'è già una grossa copertura della regione Marche, ma l'unica carenza vera a cui bisogna dare una risposta, non solo ai territori, è quella dell'emergenza. Nell'ex punto di primo intervento uno va lì di notte e non trova nessuno, un medico spesso non c'è, o se c'è dal punto di vista delle capacità professionali non è addetto all'emergenza.

C'è una carenza che si paga due volte perché c'è un servizio minore e perché si dà una minore sicurezza ai cittadini e al tempo stesso si ingolfano gli ospedali di base, come ha detto prima il Consigliere Talè. Se devi mettere un punto e vai al punto di primo intervento dell'ospedale di Sassocorvaro o di Cagli, nessuno te lo mette, ti mandano ad Urbino e con una piccola ferita stai 8 ore ad aspettare che ti sistemano. Questa, secondo me, è una cosa che dobbiamo rimediare e credo che sia la più importante, per il resto è vero siamo in ritardo su alcune cose, potevamo andare più veloci, però sono venute fuori tante problematiche, ma ormai la strada è tracciata e adesso dobbiamo porre rimedio.

Sul Piano sono uscito anche sui giornali alzando il tiro perché c'era una modifica che parlava delle aree disagiate o particolarmente disagiate, venivano inquadrate due aree, quella di Pergola e di Amandola che hanno tutto il mio rispetto e secondo me meritano di essere prese in considerazione, però questi giochetti, dell'uno contro l'altro, indeboliscono tutto il sistema, e visto che le aree interne sono già deboli, non hanno bisogno di essere messe una contro l'altra, assolutamente. Mi sta a cuore pensare che nel momento in cui si vanno a stabilire le aree disagiate il concetto sia espresso prima oppure si uniformi ai principi che conosciamo.

Sono stati fatti degli emendamenti con i quali la Commissione ha sistemato questa situazione, nel senso che ha riconosciuto gli ospedali all'interno delle aree disagiate, quindi Pergola e Amandola vanno benissimo, hanno la loro storia e il loro disagio all'interno del territorio, in più sono riconosciute come aree disagiate Cagli, Sassocorvaro e Cingoli, si è anche capito che i percorsi che sono stati individuati continuano ad andare avanti, quella di Pergola e di Amandola in maniera chiara da anni, per le altre sono state tracciate strade diverse che comunque danno delle risposte. Da questo riconoscimento si cerca di avere

per l'emergenza/urgenza una risposta che subito i cittadini possono trovare e il Piano dà questa possibilità, dobbiamo fare il nostro massimo sforzo perché è quello che le aree interne chiedono.

L'ultima puntualizzazione riguarda la sanità privata, anche perché l'ho fatto anche altre volte in Consiglio, per dare una risposta adeguata è stata tracciata una strada, soprattutto nel pesarese, su Sassocorvaro e Cagli, che già ce l'avevano già da prima ed abbiamo detto che l'unico che potesse dare in maniera veloce delle risposte per le esigenze dei cittadini era continuare con la presenza del privato, che c'era già. Soprattutto nella provincia di Pesaro si è svolto il dibattito, quasi uno scandalo per qualcuno, cosa che mi sembra assurda vista la notevole sanità passiva della zona di Pesaro che si riversa nella regione Emilia-Romagna. Non c'era nel pesarese una struttura gestita dal privato in regime di convenzione, mentre era presente in tutte le altre province dove, se non sbaglio, c'è la presenza degli ospedali convenzionati. Da noi è stato uno scandalo, un qualcosa che incrementa l'utile del privato, quando i dati nazionali dicono quello che è stato detto. Addirittura la Lombardia, non lo dico in senso negativo perché quella lombarda è la sanità che funziona meglio, mi sembra che a livello di importi e di budget di spesa arrivi quasi al 50%, quindi non è proprio così bassa. Le Marche sono tra le più basse, ovviamente dal centro-sud poi comincia a crescere, e credo che l'operazione che è stata messa in piedi, questa eccessiva diffidenza nei confronti del privato, sa tanto di non voler far funzionare le cose anche perché convenzionarsi nelle cose che servono all'ente pubblico credo che sia la mossa più intelligente da fare per dare risposte ai cittadini.

Mi dispiace, ho detto, che questo Piano arriva a fine legislatura, siamo in ritardo e si poteva andare più veloci, però la strada è stata tracciata e questo atto credo che sia il resoconto di un percorso fatto fin qui, che

determina e delinea le vie da percorrere nei prossimi anni.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Maggi.

Giovanni MAGGI. Grazie Presidente. In questo dibattito, che ancora durerà a lungo, abbiamo sentito veramente di tutto, non è una critica, ovviamente ognuno ha espresso la propria opinione, alcuni hanno fatto interventi catastrofici sulla sanità e su questo Piano sanitario, altri invece, che appoggiano la maggioranza, hanno detto che la politica della sanità che ha portato avanti questa maggioranza e questo Piano sanitario sono sicuramente un modello virtuoso, altri ancora in maniera più realistica, hanno fatto una fotografia meno propagandistica di questa situazione e hanno focalizzato la propria attenzione sulle cose che potrebbero funzionare e sulle tante cose che non funzionano affatto.

Io non voglio ritornare su quanto detto, anche perché ormai il dibattito sta prendendo parecchio tempo e per avere una fotografia della nostra sanità, della sanità marchigiana, non occorre sentire le dichiarazioni influenzate dall'appartenenza politica, ma basta andare in un pronto soccorso, io vivo ad Ancona e vedo quello di Torrette che tra l'altro è uno dei migliori; basta prenotare un esame o una visita specialistica e vedere i tempi d'attesa; basta trovarsi - mi auguro che nessuno ci si trovi - nell'emergenza, soprattutto nelle zone interne, e la situazione comincia ad essere difficile e la tutela dalla salute diventa un po' precaria.

Questo non vuol dire che i nostri reparti nelle strutture ospedaliere, i nostri medici e il personale medico non fanno il loro dovere, anzi, addirittura ci sono delle eccellenze e purtroppo, molte volte, se ne vanno nelle strutture private perché guadagnano due, tre volte più che nella struttura pubblica, sia per una gratificazione economica maggiore che per non sottoporsi a strutture

complesse e complicate, che sono governate da centri di potere, dove le competenze e i meriti sono privilegiati rispetto all'appartenenza dei gruppi. Questa è sicuramente una cosa da denunciare, che molti medici e personale medico denunciano costantemente e naturalmente questo va a discapito anche del loro impegno e della loro possibile valorizzazione. Così si distolgono le risorse, per farle assorbire da sovrapposizioni di strutture e i medici e il personale paramedico, io ne conosco parecchi, sono costretti a turni massacranti e nel momento in cui devono svolgere un impegno delicato per la salute dei cittadini questo può andare a nocimento dell'efficienza.

Voglio rivolgermi a lei Presidente Ceriscioli perché nella campagna elettorale del 2015 si era speso dicendo che avrebbe ascoltato i territori, ma per un anno, nel 2015, l'impostazione della sanità non è stata rivolta all'ascolto dei territori, poi è venuto il terremoto e lei ha continuato a mantenere, nonostante l'impegno gravosissimo e la responsabilità importante relativi al sisma, l'Assessorato alla salute, prima ha dato la delega alla salute al Consigliere Volpini, poi al Consigliere Talè, nessuno dei due sono Consiglieri che stanno in Giunta, addirittura il secondo attualmente appartiene a una forza politica che non lo vuole candidato alle prossime elezioni.

La situazione della sanità marchigiana, non quella delle dichiarazioni politiche che abbiamo sentito qui in Aula o che leggiamo sui giornali, quella che viene percepita dai cittadini, dalla gente che si rivolge alle strutture sanitarie, è - assieme al vento nazionale che sta tirando - una delle cause maggiori di perdita di consenso sua personale e della sua forza politica.

Ritengo che sia stata una scelta errata mantenere l'Assessorato nella persona del Presidente che nel frattempo veniva chiamato, a causa del terremoto, ad un impegno importante e gravoso. Questa perseveranza nell'errore, quasi un suicidio,

Presidente, potrebbe essere, ripeto, una causa, assieme al vento che sta spirando in campo nazionale da tutt'altra parte rispetto al centrosinistra, la pietra tombale di una maggioranza che ha governato questa Regione per decenni.

E' reale la possibilità che questo Piano sanitario, che discutiamo a fine legislatura, venga relegato a una condizione di archivio dalla forza politica che probabilmente andrà a governare la Regione ed è reale la possibilità che la sua politica sanitaria sarà l'alibi per le inefficienze che lamenteranno i marchigiani nella prossima legislatura, per cui noi siamo contrari alla politica generale ed a questo Piano politico e crediamo che questa politica sanitaria sia cominciata male e con questo Piano sanitario alla fine della legislatura finirà anche peggio.

Presidenza del Presidente Antonio Mastrovincenzo

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Giacinti.

Francesco GIACINTI. Grazie Presidente. Qualche brevi considerazioni, alcune perché ispirate dal fatto che siamo ad approvare un atto molto importante, altre di natura più territoriale, visto che ci sono mi sento di precisare alcune questioni che sono sorte relativamente al nuovo ospedale di Fermo, sul quale sono emerse delle imprecisioni, quindi, mi sembra giusto dare un'informativa corretta per quello che è a mia conoscenza.

Si è detto del lavoro enorme che c'è stato dietro alla formulazione di questo Piano socio-sanitario, in qualità di Consigliere ho potuto vedere, partecipando a riunioni politiche e tecniche che c'è stata una grande partecipazione nella redazione di questo atto, nel senso che sono stati ascoltati a più riprese gli operatori, gli attori, i soggetti più direttamente interessati da un Piano di questa natura. Quando parliamo di Piano socio-sanitario basta una piccola riflessione

per capire quante categorie possono esserne interessate.

Una cosa che spesso sfugge nel dibattito è che, diciamo francamente, questo contesto è vicino alla prossima tornata elettorale ed acquista i connotati di una discussione più politica, anzi elettorale, che è una cosa ben diversa, quindi posso capire le varie posizioni e anche le strumentalizzazioni che si possono fare finalizzandole al discorso delle imminenti o ormai prossime, come vogliamo, elezioni, essendo arrivati al termine della legislatura.

Secondo me l'elemento chiave, spogliandomi un po' della veste di attore impegnato anche in questa prossima vicenda, è un altro, è l'ha detto il capogruppo, ci si dimentica spesso del contesto di riferimento, del quadro normativo nazionale di riferimento di tutta la materia che detta le linee, quindi il margine operativo dell'ente Regione deve muoversi dentro un contesto già disegnato. Faccio riferimento ai vari decreti che si sono susseguiti in questi anni per modificare, riformare il senso e l'impalcatura del servizio sanitario nazionale nei territori, nei servizi, nelle modalità di finanziamento.

Non dobbiamo certamente dimenticarci del quadro complessivo generale, in cui si muove un ente come la Regione, che ha la prerogativa di legiferare su un tema come quello della salute, chiaramente nel rispetto della normativa più cogente a livello nazionale. Mi riferisco in particolare alla classificazione dimensionale dei vari ospedali che acquisiscono importanza in virtù di un certo bacino di utenti, per cui non si può ragionare come eravamo soliti fare anni fa. Peraltro, devo dire la verità, da quando sono impegnato nell'attività di amministrazione, da quando facevo il Sindaco, ma già in precedenza, nel nostro territorio c'è stato il felice recepimento della filosofia di specializzazione in ambiti maggiori dal punto di vista dell'esperienza e della capacità, per dare risposte all'utenza attratta dai bacini di riferimento.

Per capirci, non possiamo, come spesso ho notato, fatta eccezione per la problematica delle aree interne, che merita, come merita, un'attenzione particolare in virtù di un'ubicazione e di condizioni di raggiungibilità legate alle vie di comunicazione ben diverse, per cui vanno fatti i conti con questa situazione, pensare a quella rete di punti ospedalieri a cui eravamo abituati, siamo nel medioevo se pensiamo a una configurazione di risposte puntiformi in termini di salute, probabilmente dovremmo pensare in maniera più legata al territorio, dare risposte più territoriali ed è in questa direzione che il Piano che andremo ad approvare si pone.

Una considerazione sintetica ed ma anche di carattere generale che tiene conto che questo lavoro si va a collocare in un'epoca e in un contesto normativo di riferimento ed anche di mutata percezione soprattutto nei confronti della sanità, per cui mi sento di esprimere il mio voto favorevole in questo senso.

Qualche precisazione a proposito dell'ospedale di Fermo perché ho sentito in alcuni commenti delle inesattezze.

In questa legislatura l'ospedale di Fermo ha preso finalmente corpo perché quando siamo arrivati, e qui sarà senz'altro più preciso l'Assessore Cesetti, abbiamo vissuto questa vicenda, il finanziamento necessario mancava di 31 milioni, era la parte che la Regione in un primo momento aveva stanziato in bilancio e che poi aveva utilizzato per altre finalità. Quando siamo arrivati abbiamo dovuto far fronte all'importo di 31 milioni per raggiungere i 70 milioni preventivati nella prima stesura, nella prima idea dell'ospedale di Fermo, poi si è dovuto adeguare il progetto, e questo è stato fatto, che era mancante di tante questioni tecniche che si sono perfezionate successivamente, un adeguamento a mutate esigenze rispetto al fatto che il progetto era datato di oltre dieci anni nel momento in cui è stato rivalutato appieno, c'erano le attività legate alla vera effettività

del progetto, a partire dalle indagini archeologiche all'indagine bellica, questo impone la normativa, e queste fasi hanno necessitato di un loro tempo.

Tutto questo si è andato a collocare storicamente all'indomani del sisma, non lo volevo ricordare, ma purtroppo sappiamo bene cosa questa Regione ha dovuto subire in termini di sventura. Anche questa fase ha comportato per un periodo di tempo un ritardo, un procrastinare dell'attività, di tutte quelle attività che ho rapidamente richiamato. Giusto per far capire che un ospedale non si fa così ... Leggiamo in questi giorni commenti su ospedali fatti in 10, 15 giorni, purtroppo noi viviamo in una situazione in cui bisogna far fronte ad un susseguirsi di scadenze, di incombenze e di adempimenti, che fanno sì che i tempi siano questi, però mi sento di dire che questo ospedale sta prendendo forma perché i lavori sono iniziati, sono state superate tutte quelle fasi e siamo nella prima, quella di vera e propria costruzione, per cui gli ulteriori 10 anni che sono stati pronosticati mi sembrano oggi veramente fuori luogo.

Credo che la Regione abbia tutto l'interesse ad accelerare e a poter concludere i lavori nel tempo necessario per arrivare al termine, che presumibilmente penso possa riepilogarsi nella prossima legislatura, nemmeno intera. Di questo parliamo, non di 10 anni prima, non 10 anni dopo, altrimenti siamo noi a non rendere credibili le azioni che facciamo.

Ho voluto ripercorrere brevemente questi fatti che sono salienti ai fini della discussione sulla situazione dell'ospedale di Fermo, che per motivi territoriali ci vede impegnati in un progetto che in questa legislatura ha preso forma e corpo, poi, diciamolo francamente, prima era molto più facile buttarla sui giornali o nelle comunicazioni mediatiche, ma se non c'erano risorse, se il progetto non era completo, con tanti se è più facile parlare che agire.

Questo è il senso di questa precisazione. Ribadisco, dopo la disamina breve di alcune questioni di carattere generale, il mio voto favorevole a questo atto.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Volpini.

Fabrizio VOLPINI. Grazie Presidente. Ho chiesto la parola per chiedere tre minuti di sospensione per un emendamento. Tre minuti.

PRESIDENTE. A questo punto chiedo ai Consiglieri di non allontanarsi perchè riprendiamo subito la seduta.

La seduta è sospesa alle ore 16,30

La seduta riprende alle ore 16,35

**Presidenza del Presidente
Antonio Mastrovincenzo**

PRESIDENTE. Riprendiamo la seduta. Ha la parola il Consigliere Fabbri.

Piergiorgio FABBRI. Grazie Presidente. Non ho bisogno di utilizzare tutto il tempo a disposizione perché mi avete sentito parlare di sanità decine di volte in questi cinque anni. Ho presentato, da solo e con il gruppo, decine di atti, abbiamo tentato con tutti i nostri mezzi a disposizione di contrastare questa politica sanitaria e di proporre le nostre idee, ormai questo Piano sanitario è diventato l'emblema di questa legislatura, è come il bilancio, per cui non si può approvare, non è approvabile.

Noi siamo contro gli ospedali unici, gli ospedali fatti in project finance and leasing, siamo contro la chiusura dei 13 ospedali dell'entroterra che ha messo in crisi la popolazione di tutta la parte interna della regione, vogliamo invece ristrutturare gli ospedali esistenti, vogliamo servizi ospedalieri nei 13 ospedali di comunità che devono avere un pacchetto base

assicurato, che gli è stato tolto; abbiamo visto che le liste di attesa sono troppo lunghe e non si è riusciti a sfoltirle; siamo contro il processo di privatizzazione in atto; abbiamo visto che la mobilità passiva è troppo alta e non riesce ad essere assottigliata; vogliamo un'assistenza territoriale distrettuale domiciliare molto più potente di quella che c'è e per adesso quasi nulla si muove, ho sempre chiesto da tempi non sospetti, indipendentemente dai Governi che si sono alternati, una modifica del decreto Balduzzi perché in questo momento ci lega un po' le mani; abbiamo visto che a parità di spesa i servizi sono stati ridotti.

Riteniamo che tutte queste cose, esattamente un disastro, non siano superabili con l'attuale Piano, che è stato dibattuto lungamente, che ha avuto prima una serie di emendamenti da parte del Presidente, poi ci sono stati circa 100/150 emendamenti da parte della Commissione e ieri ne sono stati presentati altri 40 in cui c'è dentro di tutto e di più.

Questo a dimostrazione da una parte della complessità e dall'altra della poca chiarezza di idee che la stessa maggioranza, se leggiamo gli autori degli emendamenti, porta avanti in questo settore.

In Commissione ho presentato nove emendamenti, cinque sono stati approvati, e di questo sono contento perché vanno nel solco dell'attività che in questi cinquenni abbiamo portato avanti con caparbietà. E' stata approvata la richiesta di far coincidere territorialmente i distretti sanitari e gli ambiti territoriali sociali, individuando le criticità e tentando questa volta seriamente di superarle. E' stato approvato l'emendamento che introduce un modello di chronicle model che in questo momento non è in atto nella nostra regione, sperimentato in altre, e dà buoni risultati; è stato approvato l'emendamento sul recupero, la restituzione, la donazione ai fini di un migliore utilizzo dei farmaci non

utilizzati, quindi, spingiamo ancora su questa legge che abbiamo potenziato e che potrebbe far risparmiare milioni e milioni di mancato acquisto di farmaci da parte della Regione; è stato anche approvato l'emendamento che limita l'ingresso della sanità privata, sempre che il Piano possa essere prima o poi approvato, ma questo Piano chiaramente andrebbe completamente riscritto. Infine, è stato anche approvato e va potenziato nella scheda 8, il famoso progetto sperimentale movies da parte dell'Università, dell'area vasta, eccetera, sul favorire dei buoni stili di vita sanitari per evitare le recidive in campo tumorale, anche con l'attività fisica.

Gli emendamenti chiave, quelli pesanti, non potevano essere recepiti, quindi la richiesta di ripristinare i punti di primo intervento nelle 13 strutture sanitarie, che sono state declassate ad ospedali di comunità, non è stata approvata, come non è stata approvata la richiesta di sfruttare massicciamente tutti i macchinari che abbiamo per la diagnostica e limitare le liste di attesa; non è stato altrettanto approvato l'emendamento in cui chiedevo di inserire nei piani della performance l'applicazione completa e puntuale di tutta la normativa vigente in modo da stringere e stimolare la dirigenza a essere più zelante, nonostante ci siano due risoluzioni approvate all'unanimità, la n. 88 del 2019 e la n. 91 del 2019; poi non è stato approvato l'emendamento in cui chiedevamo il riassunto della nostra visione, che vi voglio brevemente leggere, il testo dell'emendamento riassume un po' gli atti che in questi anni abbiamo presentato: "La rete ospedaliera deve risultare diffusa sul territorio e necessariamente integrata con l'assistenza distrettuale domiciliare, secondo un criterio policentrico, al fine di evitare concentrazioni di servizi ospedalieri in uniche strutture provinciali, si procede l'avvio di piani di ristrutturazione ed adeguamento delle strutture esistenti senza fare ricorso alla finanza di progetto e ad altri

strumenti, quali il leasing, per la realizzazione di edilizia ospedaliera, si procede nella ristrutturazione della rete ospedaliera mediante consultazioni preventive, comprese le assemblee di area vasta, lo sviluppo della rete ospedaliera marchigiana prevede la presenza di ospedali di base di primo e di secondo livello distribuiti sul territorio in funzione dei parametri definiti dalla normativa nazionale, riequilibrando il numero dei posti letto per acuti a favore delle aree vaste, che presentano valori inferiori alla media regionale. Considerata la particolarità della conformazione geografica del territorio marchigiano e della distribuzione reale della popolazione, le 13 strutture sanitarie, ora definite ospedali di comunità, al fine di assicurare livelli di assistenza sanitaria idonei alle esigenze del bacino di utenza afferente, dovranno erogare almeno i seguenti servizi: punto di primo intervento H24, reparti di medicina, di lungodegenza, riabilitazione, cure intermedie, hospice, visite specialistiche, diagnostica, chirurgia e day surgery" e questo chiaramente non è stato approvato.

E' stata approvata una mozione che chiede l'inserimento di progetti di housing e cohousing sociale intergenerazionale, ho quindi presentato un sub-emendamento per portare all'attenzione di tutti colleghi l'inserimento nel Piano di questo aspetto che avevamo concordato.

Chiuso il discorso e chiarita la posizione, questo Piano non può essere approvato, uno strumento utile per poter contrastare l'approvazione e del Piano potrebbe anche essere il rinvio e, quindi l'ordine del giorno, che vedo presentato dalla Consigliera Leonardi, mi vede interessato anche ad utilizzare questo strumento, pur sapendo che poi lasceremo l'Aula con il Piano che sarà approvato, ma è nostro compito poter combattere su ogni trincea, arretrando piano piano fino all'ultimo uomo.

Voteremo contro questo Piano, che non ci vede assolutamente d'accordo, pur

avendo recepito, come siamo soliti fare, a livello propositivo molti nostri spunti.

Speriamo di riuscire nel miracolo di fermare questo progetto che ci vede combattere in prima linea da cinque anni.

PRESIDENTE. Ha la parola la Consigliera Pergolesi.

Romina PERGOLESÌ. Grazie Presidente. Non vi tedierò con la mia relazione di oltre 20 pagine perché vi vedo piuttosto spossati e provati, però alcune cose vanno ribadite e vanno puntualizzate.

A differenza del Consigliere Fabbri sono contraria al rinvio di questo Piano perché sarebbe una mancanza di responsabilità nei confronti dei 150 soggetti che sono venuti in audizione e di chi tra loro ha presentato 60 lettere di osservazioni, molte sono state recepite, molte anche da parte della Commissione su mio suggerimento.

Mi dispiace per gli emendamenti del Consigliere Fabbri che non sono passati, però, a onor del vero, non erano ammissibili perché erano stati formulati in alcuni casi anche in maniera non puntuale, per questo la Commissione ha dovuto rigettarli, è stato chiesto al Consigliere di riformularne alcuni, che sono poi passati, gli altri non erano ammissibili, quindi, la Commissione non poteva andare contro il dettato del regolamento.

64 lettere con osservazioni scritte, 43 emendamenti presentati dal Servizio e dalla Giunta sulla base delle osservazioni e delle audizioni che sono state fatte, 130 emendamenti presentati dai Consiglieri in Commissione, più 49 presentati dalla sottoscritta, che poi sono stati riformulati in una dozzina che sono passati tutti, perché se l'intento è quello di portare a casa i risultati ci si batte fino alla fine e qualcosa si riesce ad ottenere.

Tra questi emendamenti vorrei ricordarne alcuni, in particolare la zona ex Aerca che non era stata inserita nel Piano e riguardava l'impatto sulla salute della

popolazione; sul registro tumori abbiamo inserito il referto epidemiologico, su suggerimento degli esperti e di chi è venuto in audizione; sulle liste d'attesa e le agende trasparenti, non solo consentire ai medici di medicina generale di inserire le prenotazioni dei propri assistiti, ma anche prevedere che lo possano fare le farmacie, visto che a livello territoriale sono dislocate in tutta la regione.

Un progetto importante è stata la scheda di integrazione che riguarda la tutela degli adolescenti e dei giovani e per questo ringrazio lo staff del gruppo e le mie ragazze per essersi spesi per portare a casa questo risultato che fra i tanti obiettivi, sono due pagine di scheda di intervento, prevede spazi e forme di ascolto degli adolescenti nei diversi livelli ed ambiti di programmazione che li riguardano, in ambito scolastico, del tempo libero, sportivo e culturale, dei mezzi di trasporto e dei servizi in genere che offre la comunità di appartenenza. Queste e altre indicazioni per progetti che vanno a favore e a tutela dei giovani che, secondo me, dovevano assolutamente essere inseriti sul Piano.

Prima si è parlato di fascicolo sanitario elettronico e trasparenza dei dati, un altro degli emendamenti passati, grazie ai miei colleghi della Commissione, riguarda la disponibilità dei dati, infine, quello che reputo più importante è sul paragrafo che prevede il monitoraggio e la valutazione del Piano ed è stata inserita la possibilità di esaminare i rapporti annuali in un'apposita seduta della Commissione assembleare competente, con il coinvolgimento delle Conferenze di area vasta, dei Direttori degli enti del servizio sanitario regionale, dei Comitati di partecipazione dei cittadini, degli altri stakeholder, nonché di tutte le strutture competenti della Giunta regionale, dell'Assessore ed anche del delegato, con delega senza poteri di firma.

Prima il Consigliere Marconi ha parlato di mancanza di ricette, questa è l'unica vera ricetta che può rendere giustizia ai cittadini

marchigiani, perché è pur vero che il Piano ha delle falle enormi, specialmente dal punto di vista statistico, tant'è che abbiamo richiesto l'inserimento di un'appendice in cui elencare almeno alcuni dati della regione, seppur parziali, perlomeno qualche dato è stato fornito, ma soprattutto perché, se si vuole lavorare in maniera unitaria per risolvere i problemi di cittadini, senza strumentalizzare i temi e le questioni, senza la guerra tra bande che non mi appartiene e non appartiene agli altri miei colleghi, a noi interessa spogliarci della maglietta e portare a casa il risultato per i cittadini e con la Consulta regionale salute, questa sorta di stati generali, si potrà finalmente far sedere attorno allo stesso tavolo tutti i portatori di interesse, tutte quelle persone che da una parte usufruiscono del servizio e dall'altra lo gestiscono e lo amministrano perché tutti quanti insieme si possa trovare una strada condivisa. Basta con il rimpallo delle responsabilità, basta con i Sindaci contro la Regione, i Parlamentari contro la Regione, ho saputo che anche i comitati nella manifestazione che c'è stata oggi litigano tra di loro, questa cosa non fa bene a nessuno, non fa bene ai territori, non fa bene ai cittadini e non fa bene alla politica, quindi basta.

Mi spiace per la Consigliera Leonardi, però noi del Movimento 5 Stelle vogliamo bocciare questo Piano, seppur sono passate tante buone iniziative rimangono quelle criticità che in più occasioni sono state evidenziate, prima fra tutte la carenza dei dati. Se ad esempio andiamo a vedere nell'appendice l'inserimento di alcune analisi e di alcuni dati emergono criticità, una fra tutte quelle dell'assistenza domiciliare indiretta. Il Comune di Jesi, e non lo dico solo perché vengo da lì, ha la percentuale più bassa di tutti i Comuni sulle cure domiciliari, insieme ad Ancona, Urbino e Civitanova Marche, quindi, anche al di fuori dell'area vasta 2, anche in altri contesti, in altre città, c'è questa criticità, dall'altra parte poi abbiamo dei Comuni, come Matelica,

Senigallia e San Benedetto del Tronto, che hanno più del doppio dell'assistenza domiciliare.

Sicuramente qui va riorganizzato tutto il servizio e va reso più equo, quindi non è solo una questione di entroterra e comuni della costa, basta con questa guerra tra cittadini, la guerra dei poveri, qui i servizi devono essere garantiti a tutti, indipendentemente, e questa cosa, questo genere di servizi, questa equità vanno garantiti e vanno programmati, soprattutto coinvolgendo le Conferenze dei Presidenti dei Sindaci di area vasta perché, qualcuno lo ha ricordato prima, una cosa che non è stata detta è che la Commissione sanità ha invitato per ben due volte i Presidenti delle Conferenze dei Sindaci area vasta e ha chiesto se non sbaglio a maggio o ottobre dell'anno scorso delle osservazioni scritte, che non sono arrivate.

Se nelle sedi competenti, dove si può incidere, i politici non fanno la loro parte stanno prendendo in giro i cittadini e dall'altra parte ci sono parlamentari che attaccano la Regione, indipendentemente dalla forza politica, perché qualcuno lo ha ricordato, noi veniamo da un Governo, da un'Italia che è stata governata da più forze politiche e nessuna ha messo mano al DM 70. Come ha ricordato Busilacchi scientificamente è un decreto che funziona, persino il nostro precedente Ministro alla sanità non ha messo mano a quel d.m., però se vogliamo che le Regioni diano dei servizi sui propri territori in maniera omogenea vanno allargate queste maglie e sono felice che ci sia un'apertura da parte dell'attuale Ministro e mi auguro che poi abbia seguito anche in Parlamento, in tempi celeri perché i cittadini marchigiani non possono aspettare le promesse o gli slogan sulla stampa, hanno bisogno di atti concreti.

D'altra parte, abbiamo una Regione, mi scusi Presidente Ceriscioli, lei lo sa benissimo come la penso, e dei Servizi che pur avendo fatto un grandissimo lavoro non riescono ad incidere su alcune scelte dei

direttori di Azienda, lei sa benissimo che io sono intervenuta anche attraverso il Vicesindaco del comune di Castelfidardo per far inserire nel regolamento dell'area vasta 2 una postilla che prevedesse la possibilità da parte della Conferenza dei Sindaci dell'area vasta 2 di chiedere alla Giunta di chiedere le dimissioni di quei dirigenti che si fossero dimostrati non capaci di portare avanti i piani aziendali, però è anche vero che questo regolamento ha tardato due anni ad essere approvato. Ancora sto chiedendo il testo e non credo che il mio articolo, la mia proposta di articolo sia stata inserita.

Purtroppo ci troviamo in un contesto in cui i Sindaci non sanno nemmeno che tipo di potere hanno in mano, perché in Commissione sono venuti i Sindaci di Fabriano e di Jesi e su mia insistenza sono riusciti a capire che il Presidente della loro Conferenza dei Sindaci, il Sindaco di Senigallia, non faccio nomi, però sapete tutti chi è, li ha presi in giro per due anni, perché ha detto loro che un regolamento della Conferenza dei Sindaci doveva essere approvato dalla Regione, cosa che non è possibile ed anche il tecnico presente lo ha confermato, sono competenze e ruoli diversi.

Qui ci troviamo in un contesto in cui bisogna azzerare tutto, iniziare a parlare, sia con i cittadini, che in alcuni casi credono ai cantastorie di alcuni Comitati e purtroppo, a differenza di quello che ha detto il Consigliere Minardi, cadono nelle favole che vengono raccontate loro, dall'altra parte abbiamo dei Sindaci, che non esercitano i loro pieni poteri, poi abbiamo un servizio sanità, Presidente, che purtroppo non ha il potere di incidere sulle scelte dei direttori d'Azienda che vengono nominati da lei. Lei sa benissimo che anche qui in Aula e in più occasioni ho chiesto le dimissioni di alcuni direttori d'Azienda, qualcuno ha messo anche in discussione la permanenza dell'Azienda Marche nord, e sono assolutamente a favore, un'Azienda

montana? Non lo so, vediamo, vogliamo fare un'analisi costi-benefici? Di come deve essere organizzata, di come deve essere strutturata o sarà l'ennesima struttura apicale, dove mettiamo solo amministrativi e non abbiamo personale sui territori.

Qui si continua a concentrare l'attenzione sulle strutture ospedaliere, dimenticandoci che il 70-80% dei servizi sul territorio non ha lo stesso budget che hanno gli ospedali, quando diamo maggiori risorse ai territori? Quando iniziamo nei distretti a fare una politica seria di potenziamento dei servizi? Perché i cittadini non vogliono l'ospedale sotto casa. Pur avendo l'ospedale di Jesi sono andata a fare una prestazione a Sassocorvaro, adesso lasciamo perdere che è fuori area vasta, però in un contesto in cui la sanità deve essere equa in tutta la regione ci può anche stare, non era una prestazione a tempo dipendente, quindi non doveva essere fatta entro i tempi previsti dalla norma nazionale, però nel caso in cui servono altri tipi di interventi, e purtroppo ho dovuto usufruire anche di questi, quando servono interventi in situazioni particolari di emergenza, lì serve avere la professionalità maggiore, serve avere risorse, serve avere competenze e serve riconoscere il lavoro di queste persone.

Prima si è parlato dell'elisoccorso, il volo notturno, non ricordo se l'ha detto il Consigliere Talè, non partirà a marzo, perché non abbiamo le piazzole a norma, si parlava addirittura di mettere l'elisoccorso nell'ex hangar Merloni dell'aeroporto, si parlava dell'Interporto, queste cose avrei voluto trovare nel Piano socio-sanitario, entrare nello specifico delle criticità, entrare nello specifico dell'assistenza domiciliare a Jesi, perché Jesi, rispetto a San Benedetto del Tronto, senza nulla togliere ai cittadini San Benedetto del Tronto, ha meno assistenza domiciliare?

Se si vogliono risolvere i problemi dei cittadini, serve farlo, ripeto, con chi usufruisce di questi servizi, con chi i servizi

li gestisce, con chi norma questo tipo di servizi, senza strumentalizzare certi temi perché sono rimasti pochissimi mesi alle elezioni, sappiamo benissimo che in alcuni casi viene la tentazioni di farsi belli per apparire sui giornali, però su temi come la sanità ed altri evitiamo per favore, quindi, ripeto, noi vogliamo votare questo Piano per bocciarlo e forse, mi consenta, la Consigliera Leonardi lo vuole rinviare perché la maggioranza non ha i numeri? Detto questo, chiudo. Grazie.

PRESIDENTE. Ha la parola il Presidente Ceriscioli.

Luca CERISCIOLI. Grazie Presidente. Rispetto a questo lungo dibattito, in cui si è parlato molto di più della sanità dell'oggi che del progetto di sanità del futuro che va, come contenuto del Piano e della sua interpretazione originale in maniera più forte, su orizzonti di natura, chiamiamola, di fondo e non nello specifico di ogni singola azione.

Trovo che sono state dette una marea di imprecisioni, di scorrettezze, di cose sbagliate, una cosa veramente impressionante, nella volontà demolitoria di quella che io ritengo e continuo a ritenere quella marchigiana una delle migliori sanità del nostro Paese, sia per la qualità dell'offerta, sia per la copertura ampia in termini di servizi, sia per la razionalità dell'organizzazione, ma come tutte le sanità italiane ha determinati problemi, per esempio, il sottofinanziamento. Sappiamo tutti che rispetto ai parametri europei manca 1 miliardo di euro all'anno, fossimo nella media europea di finanziamenti per la sanità ..., ma questo capita a noi e alle altre sanità italiane, tolte le Regioni a Statuto speciale che non hanno avuto i tagli che hanno avuto quelle a Statuto ordinario, che si sono fatte carico anche dei tagli loro, quindi in una distribuzione che penalizza, non solo nel miliardo in meno.

Nella sanità italiana abbiamo il problema della mancanza di specialistiche, non è una

cosa delle Marche, è una cosa che riguarda tutti quanti, quindi dobbiamo fare i conti con carenze di specialisti, 1 miliardo di euro in meno all'anno rispetto al finanziamento standard che nessun Governo chiaramente è riuscito a riallineare. La Lega proponeva un taglio di 5 miliardi per coprire l'Iva, poi a metà estate è finita quell'esperienza e questa volta è stato detto: "Diamo dei soldi in più semplicemente garantendo nuovamente le stesse risorse che erano previste in termini di incremento", quindi siamo su cose particolarmente interessanti.

Ho fatto un piccolo gioco con il cellulare, ero anche un po' preoccupato perché di solito cerco le cose delle Marche, lui sa che sono io che cerco, quindi poteva mettere davanti le Marche invece ha messo "caos al pronto soccorso" è venuto fuori un elenco di 20 casi, per fortuna mia, tra cui non n'era neanche uno delle Marche, ma non perché anche noi non abbiamo problemi al pronto soccorso, ho chiesto quali Regioni riguardano e ce n'erano 2 in Lombardia, 2 in Veneto, Campania, Lazio, Toscana, tutta Italia, è venuto fuori un elenco di Regioni tra cui potevano esserci anche le Marche e non sarebbe successo niente. E' una questione che riguarda tutte le Regioni fra la carenza del personale al pronto soccorso, l'invecchiamento della popolazione, la richiesta sempre più forte a quella che è la porta d'accesso alle cure, succede in tutt'Italia, c'è un forte carico, una forte tensione, sul pronto soccorso.

Molti dei temi che vengono branditi come una clava in quest'Aula sono di carattere nazionale, spesso manca il personale perché si fa fatica anche a reperirlo, siamo arrivati al recupero dello specializzando del terzo anno per andare a coprire spazi e ho notato che, rispetto a questo dibattito, l'Aula acconsente, quindi vuol dire che siamo tutti d'accordo ad avere 1 miliardo in meno, a non avere gli specialisti, anche se poi si devono fare i conti con la realtà.

Rispetto al punto di partenza e a quello dell'arrivo, spesso faccio fatica a fare il

confronto con i cinque anni precedenti perché i dati non ci sono, non per cattiveria, mi raffronterei volentieri con i cinque anni precedenti, invece mi devo comparare con il punto di partenza, da quando abbiamo iniziato a tirare giù qualche dato (quattro anni e mezzo dopo), perché a me le cose piace misurarle non solo chiacchiararle. L'assistenza domiciliare integrata è calata o cresciuta in questi 5 anni? Il Consigliere Carloni, che sa tutto di sanità, fortemente competente, ha detto che siamo calati, da quale numero l'abbia preso non lo so, io ho i miei che dicono che siamo aumentati del 65%, fra aumentare del 65% in 4 anni e calare c'è una certa differenza a casa mia, non è proprio la stessa cosa aumentare del 65% le prestazioni o calare, per qualcuno sarà uguale per me è una notevole attenzione, probabilmente il punto di partenza era basso.

Interessante è citare San Benedetto del Tronto come un posto dove si fa molta Adi, chi fa, Consigliere Urbinati, l'Adi a San Benedetto del Tronto? La fa il privato, quindi, quando ce n'è bisogno vanno bene anche i servizi del privato. Quando si dice che San Benedetto del Tronto è un modello è interessante vedere come ha fatto, perché quello è il punto di carattere generale.

Insisto sul confronto perché se parlavate solo del futuro sarei stato con voi, ma avete parlato molto del passato.

Il punto cardine che aiuta a capire molte cose è la scelta fatta cinque anni fa, quattro anni e mezzo fa, di portare il personale della sanità pubblica delle Marche al tetto di spesa, per me è stata una scelta lucida, chiara, consapevole, perché se vogliamo far dare il massimo alla sanità pubblica dobbiamo mettere il personale, non ci sono tante storie, 1.000 persone in più che lavorano in sanità costano di tetto 17 milioni, ce n'erano 1.000 in meno quando la sanità era migliore secondo il Consigliere Carloni, tutti andavano molto più di corsa, adesso ci sono 1.000 persone in più che lavorano in sanità ed è peggio.

Non solo, abbiamo superato anche il tetto perché con le deroghe, lo sa bene la Consigliera Pergolesi, tutte le volte ricordo che lei ci ha dato un contributo importantissimo, siamo arrivati sopra ai 6 milioni, poi sopra ai 4 milioni, l'anno scorso al tetto di spesa.

L'anno scorso sempre nella demagogia erano stati tolti i tetti di spesa, no l'anno scorso c'era il tetto di spesa, quello storico, da quest'anno potremo contare non sul tetto di spesa tolto, ma su 2 milioni di euro in più sul tetto spesa per il personale. Come li spenderemo? Molto probabilmente rafforzando la sanità del territorio, prevenzione, eccetera, in alcuni di quegli elementi che vengono messi come criticità nel quadro delle cose da fare.

Il tetto l'hanno modificato per il 2020, caro Consigliere Carloni, non lo hanno sfondato, sono 2 milioni di euro in più. Quando si raggiunge il tetto di spesa pubblica? L'abbiamo raggiunto, giustamente dice la Consigliera molto preoccupata della sanità privata. Noi abbiamo un centro-destra unico in Italia, che è molto preoccupato del privato che però potrebbe essere un vanto, sono talmente abituati a stare nelle Marche, dove la prevalenza è la forza della sanità pubblica, che sono rimasti condizionati da questo dictat.

Molto bene, per attivare 50 posti letto in più, quelli che mancano nell'area vasta 1, ne mancherebbero molti di più, i 50 da attivare sono quelli di Fano, servono come minimo 30 infermieri, una decina di medici, più il resto, dove li prendiamo?

Tutta l'estate scorsa siamo stati martellati dal fatto che si facevano gli accorpamenti dei reparti per le ferie e altro, quindi manca il personale in tutto il sistema, molto bene, ma dovremmo attivare servizi nuovi non con il privato, con il pubblico, anche se poi non sappiamo dove prendere le persone?

Sul mio tavolo ci sono tutte le richieste arrivate in seguito alla delibera di Giunta regionale n. 128 sul socio-sanitario, che

permetteranno di attivare, solo con la prima tranche che è arrivata, 400 posti letto in più di socio-sanitario, bene, come li attiviamo se non facciamo, come faremo e come è stato proposto dai territori, con il privato? Non li attiveremo!

Sul socio-sanitario, sempre sul fatto che quattro anni fa era meglio, c'erano 1.800 posti letto in meno per le residenze protette, residenze protette per demenze, Rsa, centri diurni, centri residenziali disabili, dopo di noi 1.800 posti letto in più nella nostra regione, è chiaro questo? Però era meglio 5 anni fa, dice il Consigliere Carloni, quindi io considero di chiudere i 1.800 posti letto di residenze, di non attivare i 400, che sono già pronti perché hanno fatto gli investimenti, e di togliere al socio-sanitario 2.200 posti. Poi ho sentito anche che si vogliono bloccare le convenzioni, mi sembra molto interessante anche questa linea politica, ma ditele queste cose fuori!

Normalmente gli emendamenti li butto via, ma questi li terrò perché propongono come emendamento al Piano di mettere in ogni struttura delle 13 convertite il pronto soccorso, la chirurgia, la medicina, l'anestesista, H24, credo che vadano conservati, potrebbero tornare utili, spero di no, in un futuro per ricordare quale visione di sanità è stata proposta demagogicamente ai cittadini.

Questo è il punto, è la differenza tra una politica che sa che non può fare tutto, che ha preso degli impegni, che ci ha lavorato con molta determinazione ed oggi può raccontare i risultati. Sentirmi dire che sulle liste d'attesa non è cambiato niente, che è come prima ...

Primo, prima non le misuravano neanche, quindi era molto faticoso avere un quadro; secondo, in quelle misurate nella settimana, nel week campione, secondo il metodo nazionale, si chiedeva al cittadino: "Vuoi andare da Carpegna a San Benedetto del Tronto o ad Ascoli?", se rispondeva probabilmente no, per le liste d'attesa era un punto a favore perché la persona rinunciato

e la prestazione le era stata offerta, e in quelle settimane il campione era il 60-70%. Aver stretto da tutta la regione all'area vasta di competenza o a quella vicino, adesso distretto o distretto vicino, è dare a tutti la chance di avere un posto in questo ambito territoriale, su tutti i livelli di prestazione, differiti, brevi programmate - le programmate non erano neanche misurate - e dire che non è cambiato niente, affermare che non è cambiato niente ... non so cosa vede uno quando si guarda allo specchio alla mattina, vedrà un marziano al posto della sua faccia!

Queste e tante altre cose io ho l'abitudine di misurarle, di valutarle.

I 430 milioni di investimenti strutturali, a giugno della mia elezione mi è arrivata una bella letterina dal Ministero che diceva: "Cosa sta succedendo a Fermo, sennò i soldi li rivorremmo indietro", ero da Don Vinicio me lo ricordo molto bene, c'era il Sindaco di Fermo di fianco a me ed io avevo la letterina, li abbiamo persi quei soldi? No, c'è un cantiere che va come gli altri in Italia, non è che sfreccia, però la ditta è seria, sta costruendo bene ed io non vedo l'ora di andare a fare le foto con i primi dissipatori sismici, primi in tutte le Marche, regione sismica, che è indietro sugli investimenti, perché, è certo, i metodi sono importanti, le strade sono importanti, ognuno preferisce la sua, ma io preferisco avere tutti questi belli ospedali nuovi fatti con dei bei dissipatori sismici, così che quando ci stiamo dentro non ci cascano sulla testa, perché abbiamo questo viziaccio di beccarci anche dei bei terremoti ogni tanto e se siamo stati fortunati questa estate non è detto che lo saremo la prossima volta.

Bisogna investire, bisogna fare, ma non perché uno è appassionato del "muro", ma perché pensa che un servizio essenziale come la sanità non possa stare in una struttura che non abbia le caratteristiche antisismiche di quarto livello, ho questa idea qui, sono matto probabilmente, allora si dirà: "Ecco perché vuol fare tutti questi investimenti!"

Mancheranno le risorse per gli investimenti in edilizia nelle Marche? No purtroppo perché abbiamo miliardi da spendere ed anche sul sisma c'è qualcuno che è andato a vedere due numerini? Consigliere Fabbri se le chiedessi oggi due domande sulle pratiche in corso, quante ne hanno approvate e il confronto fra le Marche e le altre Regioni, lei mi saprebbe dire qualcosa? Sulla base di cosa io sono lento? Mi dovrei misurare con le altre Regioni, perché se gli altri hanno fatto 1.000 pratiche ed io ne ho fatte 10, si può dire che quelli sono veloci e io lento, sennò su cosa lo si misura?

Io invece misuro tutto, ho questo brutto vizio, poi dicono che rimango freddo ed arido, sì, però, quando ci guardiamo in faccia e io ho misurato e tu no, io so di che cosa parlo e tu no - non è rivolto a lei Consigliere Fabbri è un tu impersonale.

Si vanno a vedere i dati, la ricostruzione, i progetti approvati, il 70% nelle Marche, circa 2.400 progetti, noi abbiamo risorse per il 64%, quindi rispetto alle risorse distribuite in proporzione abbiamo approvato più progetti, male che vada siamo come gli altri. Il problema nelle Marche è la velocità o è altro?

Faccio un quadro per dire che se si scavasse un po' di più, andando a vedere dati, situazioni, anche su argomenti importanti, e penso che il tema delle liste d'attesa sia molto rilevante, si vedrebbe che forse un bel po' di lavoro è stato fatto anche senza avere il Piano rinnovato perché sono convinto che un Piano sanitario non riesce a durare cinque anni come sono le scadenze, ha una gettata molto più lunga, quindi molto abbiamo fatto quando ormai quello vecchio era scaduto ed oggi abbiamo quello nuovo che servirà tranquillamente per i prossimi 10 anni, andrà oltre il mandato che verrà perché ha una portata di altra natura, di altra dimensione.

Sui contenuti più stringenti è stato fatto un grande lavoro in termini di partecipazione, due anni di gestazione del

Piano, almeno tre passaggi articolati e strutturati in termini di partecipazione, e non voglio dire dei territori che hanno partecipato su tutto. Ho fatto per un anno le assemblee, quando ero Sindaco e andavo alle assemblee della Conferenza dei Sindaci, in dieci anni ne avrò fatte sette, da Presidente nella stessa area vasta ne avrò fatte dieci in un anno, più quelle che facevano a cui non andavo, quindi, in realtà, anche sotto il profilo della partecipazione delle Conferenze dei Sindaci, dire che non sono stati coinvolti, sollecitati, che non sono stati protagonisti, di cosa parliamo?

Anche sotto questo profilo basterebbe andare a fare i confronti, uno guarda e dice "Abbiamo fatto di più o di meno?" Molto di più!

Lo stesso percorso della delibera di Giunta regionale n. 128, che ho citato prima, come è stato fatto? Le UOSES con i distretti, chiamando più ambiti ed i Sindaci che facevano parte di quei distretti, assemblee di distretto, confronto fra la progettualità socio-sanitaria, scelta delle priorità, invio delle priorità in Regione, ma chi ha partecipato lì? Questa non è partecipazione? Li ho scelti io i progetti al posto loro o ho fatto scegliere ai territori?

Ho detto: partecipazione prima e partecipazione dopo, lo trovo un ottimo strumento perché con l'attivazione, credo che l'abbia detto prima la Consigliera Pergolesi, degli strumenti di partecipazione, con gli strumenti di valutazione e misurazione dell'attività - che devono essere dati - si cambia livello, non è più la partecipazione di pancia, diventa una partecipazione più concreta, più strutturata, più elevata, in grado di dare un contributo maggiore e di creare quello scambio.

Ci sono tanti strumenti che permettono all'organizzazione di lavorare meglio, anche presenti e disponibili, però è anche vero che dal 2012 in poi abbiamo vissuto gli anni della spending review, le emergenze sono tante e qualche volta si fa fatica anche con gli strumenti più raffinati.

Talvolta provo ad immaginare cosa sarebbe la nostra sanità con il miliardo in più all'anno. Capisco che alcuni aspetti che oggi dobbiamo gestire un po' di corsa, li potremmo gestire con più qualità e per me la parte da privilegiare è in assoluto il territorio, come ho sempre detto.

La sanità per acuti i suoi percorsi ce li ha, i suoi binari ce li ha, possiamo inventarci quello che vogliamo, ma poi ci ritroveremo sopra quei percorsi, sopra quei binari, sul territorio c'è un lavoro enorme ancora da fare ed è lì che siamo carenti. Se faccio una statistica degli emendamenti, senza averli contati, adesso vado un po' a caso, penso che otto su dieci parlano della sanità per acuti, forse anche nove su dieci, e uno della sanità del territorio, quindi quell'esercizio a cui eravamo chiamati con il Piano si perde quando si va nel dibattito politico nei meandri della sanità per acuti che è quella che ci affascina, ci totemizza, ci piace. Non è che non serve, ci mancherebbe, va fatta anche qui con la dovuta qualità e se prendiamo pari specialità, sempre per fare i confronti, credo che nel corso di questi cinque anni abbiamo avuto un'evoluzione positiva, importante, se facciamo 1.000 tavi all'anno, non so quante strutture in Italia le fanno, è un indice di alta qualità nei servizi che riguarda il cuore e altro.

Sono un convinto sostenitore di questo Piano, sono convinto che vada approvato per tutto il lavoro che c'è stato, per la partecipazione che ha messo insieme, perché non esiste lo strumento perfetto, se lo tenessimo qui per un altro anno troveremmo altre 20 cose da cambiare ed è normale in uno strumento di alta programmazione che sia così. Mi ricordo che un Piano del parco non lo finivamo mai perché lo potevamo fare ancora meglio ed io dissi "Guardate, ad un certo punto il meglio diventa nemico del bene". Bisogna approvare questo Piano, non sarà perfetto ma avrà già in sé tanti contenuti da sviluppare che ci basteranno ed avanzeranno per il lavoro che ci attende da

qui in avanti. Attenderà noi? Attenderà qualcun altro? Il lavoro da fare in sanità ci sarà comunque e molti di questi punti saranno qualificanti.

Inoltre, sempre per spirito di precisione perché è stata sollevata una contraddizione che qualcuno potrebbe non capire, è stato detto che in questo settore altre Regioni non si sono adeguate al decreto ministeriale 70. In Italia il giorno dopo che è stato definito non c'era neanche una Regione che era allineata al decreto ministeriale n. 70, ma neanche l'anno dopo.

Esiste un tavolo nazionale sugli adempimenti in rapporto al DM70, tutti gli anni cosa fa? Con ogni Regione stabilisce un contatto e dice: "E' ora che questa cosa la chiudiamo, la dobbiamo portare a compimento" e a fine anno va a verificare se quell'adempimento è stato fatto o no.

L'assetto dipende dai punti di partenza di quella Regione, la progressione, su cosa si è puntato prima, su cosa si punta dopo, per arrivare ad un orizzonte omogeneo in un arco temporale lungo. Vi faccio un esempio che ci aiuta molto a capire tante cose, dov'è che siamo inadempienti rispetto al DM 70? Sul numero delle ambulanze, noi abbiamo più ambulanze, credo un 30% in più di medicalizzate rispetto a quelle previste dal d.m., ed io vi assicuro che non c'è un giorno che non arrivi una richiesta per avere un'ambulanza in più, è un'esigenza che viene rappresentata specie sulle medicalizzate un po' dappertutto, un po' meno sulle infermieristiche dove c'è anche più disponibilità e più flessibilità. Su quelle oggi non siamo nei parametri del d.m., immaginate di togliere il 30% delle ambulanze che abbiamo, magari sarà un compito di qualcun altro e noi saremo lì a fare le barricate e a dire che per colpa vostra non ci sono più le ambulanze, però quelli sono gli obiettivi nazionali, finché non cambiano bisogna starci dentro, noi ancora siamo inadempienti, ovviamente difendiamo questo aspetto perché non penso che la Pianura Padana sia uguale alle Marche,

alcuni aspetti, alcune differenze, sono insite nelle caratteristiche di un territorio che è fatto in una certa maniera, che ha una certa infrastrutturazione e che quindi ha bisogno di un'articolazione diversa.

E' chiaro che quando il tavolo dice, *conditio sine qua non*, con l'adempimento di quest'anno si va a regime sui punti nascita, allora cambia perché si tratta di essere adempienti o inadempienti.

Anche in quel caso su Fabriano abbiamo resistito fino all'inverosimile, credo, e quando è arrivata la stretta abbiamo portato fino in fondo il nostro compito.

Voglio ricordare che tutti i ricorsi fatti al Tar contro i provvedimenti di applicazione del d.m. 70 sono naufragati, anzi sono quasi serviti a difendere le scelte, perché prima è stato fatto il ricorso dicendo che si stava violando la legge e non si dava un servizio, ma quando il ricorso è stato riconosciuto e vinto dalla Regione è diventato lo strumento per far vedere come il rispetto delle norme era dalla parte delle scelte e degli indirizzi portati avanti dalla Regione.

Trovo che alcuni contenuti, prima il Consigliere Fabbri ha parlato, per esempio, del mantenimento dei PPI, è chiaro che è palesemente contro, il cambio di nome è per trovare un'altra forma che non sia il punto di primo intervento, ma che risponda a esigenze e bisogni che restano anche se la legge dice che non serve più il punto di primo intervento.

Secondo me è un elemento avanzato di questo percorso fatto e ben riconosciuto da questa esigenza di dare dei filtri, questa è la sostanza, per tutta quella casistica che si trova inappropriatamente oggi al pronto soccorso, quindi una scelta buona, valida, fatta nel rispetto delle leggi, fatta in un quadro di compatibilità, pensata per essere funzionale ed operativa.

Confermo il pieno sostegno a questo provvedimento.

Sullo stato della sanità nelle Marche, chi si vuol confrontare, sono sempre disponibile al massimo confronto, lo faccio come chi sa

benissimo che non ha certamente risolto tutti i problemi, ci mancherebbe, c'è tantissimo lavoro da fare, ma come chi anche vuole rivendicare con determinazione tante cose, tanti investimenti, tante scelte fatte che vanno nel senso giusto.

Non ho parlato delle stabilizzazioni del personale, sono 1.000 in più ed abbiamo stabilizzato nelle Marche tutto lo stabilizzabile con la legge Madia e quella precedente per dare stabilità a chi lavora in sanità ed è anche l'elemento più chiaro che permette di determinare il confine fra il ricorso alla sanità privata, come complementare a quella pubblica, che è sempre stata la filosofia delle Marche, a differenza ad esempio del modello lombardo che mette la sanità privata in alternativa, non a complemento di quella pubblica, è come se noi potendo assumere 100 persone, preferiamo affidare un servizio all'esterno anziché dotarci del personale che serve. Cosa ben diversa raggiunto il limite perché bisogna ampliare un servizio, perché mi interessa rafforzare la residenza per anziani con demenza, allora ricorro ad una struttura privata, ma ho già utilizzato fino in fondo le risorse pubbliche che avevo a disposizione. Sono due visioni opposte ed io appartengo a quella che vede la sanità privata complementare a quella pubblica e fra tutte le dimostrazioni che si possono dare quella del personale è la più chiara di tutte.

PRESIDENTE. La discussione è chiusa, mi ha chiesto la parola e ne ha facoltà da regolamento la relatrice di minoranza Consigliera Leonardi per un massimo di cinque minuti, poi passiamo al voto.

Elena LEONARDI. Grazie Presidente. Intervengo per due cose, la prima per illustrare una proposta di ordine del giorno, ai sensi dell'articolo 99 del Regolamento che illustro prima della votazione, ma mi permetta una piccola parentesi per fatto personale, perché in questa discussione di

circa cinque ore sono stata chiamata in causa in un paio di occasioni.

Devo dire che mi fa un po' sorridere il fatto che in Commissione sanità, in questi cinque anni, sono state numerosissime, infinite, le volte in cui il voto di un atto all'interno della Commissione, in particolar modo delle minoranze, è stato di astensione e contrario in Aula. E' stato fatto, credo, nella maggior parte delle situazioni per un riconoscimento del lavoro svolto dalla Commissione ed oggi lo stupore di qualche Consigliere che rimarca questa votazione mi risulta quanto meno incredibile. Avrei trovato forse più stringente, più legato all'attività di oggi, se qualcuno avesse contestato le cose che avevo detto, se qualcuno avesse contestato nel merito i problemi che ho esposto e non sul voto in Commissione che, lo voglio ricordare in particolar modo per i non addetti ai lavori, è un organismo tecnico, che ha un compito diverso da quello che svolge l'Aula, quindi anche la votazione all'interno della Commissione ha un peso diverso, oltre al fatto che un'astensione non comporta alcun tipo di conseguenza rispetto all'arrivo dell'atto in Aula. Quindi trovo veramente molto strano questo atteggiamento, ma da una parte mi conforta vuol dire che le cose che ho denunciato sulle liste d'attesa, sulla mobilità passiva, sullo spopolamento e la spogliazione dei servizi nell'entroterra, non sono sbagliate purtroppo per i marchigiani.

Ricordo anche che in Commissione ho fatto una marea di emendamenti molti dei quali sono stati approvati che recepivano molte delle istanze dei 150 e più soggetti che sono venuti. Faccio alcuni esempi, sono stati approvati: il contrasto all'eccesso di esternalizzazione nei servizi; la stabilizzazione del precariato del personale, l'ha detto prima anche il Presidente Ceriscioli; l'istituzione di una rete di farmacie rurali per arrivare a quei territori che sono privi di servizi essenziali e ad un entroterra terremotato che se non ha i servizi non riparte; l'introduzione nella scheda sulla

riduzione dei rischi ambientali per la salute dei cittadini delle norme regionali in materia di impatto sanitario e di valutazione integrata di impatto ambientale sanitario. Faccio solo alcuni esempi perché poi ce ne sono molti, quindi il lavoro svolto da me e che recepiva il lavoro svolto da tutti quei soggetti a parer mio meritava un voto non favorevole, ma di astensione.

Chiudo questa parentesi perché è ovvio che oggi si sta consumando un voto politico, che non potrà che essere contrario e l'ho già detto nella mia relazione iniziale, che ho utilizzato non solo per l'esposizione del testo, ma anche come intervento politico. Ho elencato le cose che a parer mio, e non solo, sono più importanti, che mi sono state presentate in questi anni da tanti soggetti.

Vorrei fare degli esempi personali, ma non li faccio perché ogni volta che si dice qualcosa viene contestata come se uno se la inventasse, invece gli episodi purtroppo sono tanti e non dicono che tutta la sanità marchigiana va male e nessuno, almeno non Elena Leonardi e Fratelli d'Italia, ha detto che la sanità marchigiana fa tutto schifo o che è l'ultima, però dobbiamo dire che ci sono i problemi e che le proposte e le strade tracciate in questi anni non li hanno risolti, nonostante dichiarazioni che dicono l'opposto.

Ora passo all'illustrazione dell'ordine del giorno. L'articolo 99 del nostro regolamento prevede: "Durante la discussione generale ciascun Consigliere può proporre un ordine del giorno motivato diretto ad impedire il passaggio all'esame dell'atto che deve essere svolto e votato nella stessa seduta prima di passare alla discussione degli articoli e degli emendamenti. L'Assemblea decide dopo aver ascoltato un oratore a favore ed uno contro per non più di cinque minuti", li ho in parte giocati ma il fatto personale, credo, c'era tutto.

Il mio ordine del giorno valuta che "la sanità costituisce la principale area di intervento politico del governo regionale. Il Piano socio sanitario regionale, ai sensi

della legge 26/1996, è il principale strumento di programmazione sanitaria regionale che definisce, coerentemente con le indicazioni del Piano sanitario nazionale, gli obiettivi del processo di programmazione regionale, i modelli organizzativi e gli standard dei servizi, garantendo omogeneità di trattamento dei cittadini su tutto il territorio regionale. Il Piano attualmente vigente è stato approvato nel corso della precedente legislatura e il quinquennio dell'attuale è ormai in scadenza. Si ritiene pertanto impropria oggi l'approvazione di un simile atto programmatico la cui realizzazione spetterà al nuovo esecutivo regionale e decide di non passare all'esame della proposta di atto amministrativo n. 60 'Piano socio sanitario regionale 2019/2021 - Il cittadino, l'integrazione, l'accessibilità e la sostenibilità'".

Ribadisco coerentemente con quanto detto alla Conferenza dei capigruppo la volontà di fermare questo iter e voglio dire alla Consigliera Pergolesi che sinceramente questa metamorfosi in parte mi stupisce e in parte no, non seguo le correnti all'interno del Movimento 5 Stelle, quindi non so se le fa piacere o meno, non vuole essere una cosa offensiva, ma mi ricorda molto la metamorfosi di una Senatrice del Movimento 5 Stelle che abbiamo visto un po' come il Dr. Jekyll and Mr. Hyde e voglio precisarle che la mia richiesta di non votare oggi il Piano l'ho già motivata, se mi ha ascoltato, e non è certo per la volontà di farlo approvare perché purtroppo la proposta in Commissione è stata bocciata e temo che verrà bocciata anche in Aula, ma vorrei che la responsabilità la prendessero non solo i capigruppo, ma tutti i Consiglieri per cui chiederò anche il voto per appello nominale poiché, purtroppo, sono certa che nonostante i distinguo, proprio perché siamo sotto campagna elettorale, di alcuni Consiglieri, anche di maggioranza, che hanno avallato fino ad oggi le politiche regionali negli interventi hanno fatto, nonostante l'avvicinamento di una

componente legittima del Movimento 5 Stelle, che vuole andare a governare con il PD, credo che l'ordine del giorno verrà bocciato e il Piano passerà anche il nostro voto contrario, perché il mio come il suo, l'ha dichiarato, sarà un voto contrario, ma non impedirà l'approvazione dell'atto. Credo che per impedire che venga approvato dovrete votare il mio ordine del giorno. Grazie.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Volpini.

Fabrizio VOLPINI. Approfitto per ringraziare il Servizio salute per il grosso contributo che ha dato alla stesura del Piano, anche durante le sedute di audizione dove più volte c'è stata la necessità di un confronto tecnico, quindi ringrazio la Dirigente del Servizio e tutto il suo staff, ma anche la Segretaria della IV Commissione perché tradurre in emendamenti le proposte che arrivavano dall'esterno è stato un lavoro enorme, tramite lei ringrazio tutti gli altri suoi collaboratori. Un ringraziamento va anche a tutti i membri della Commissione, dalla Vicepresidente a tutti gli altri.

E' stato un lavoro lungo, abbiamo passato due anni su questa creatura e le valutazioni finali le abbiamo ascoltate.

Cito solo un aspetto, ne ha parlato il Consigliere Giancarli ed è stato ripreso dalla Consigliera Pergolesi, ne ha parlato anche il Presidente, uno dei motivi per cui si sono registrati dei risultati positivi nelle liste d'attesa è perché si è introdotto, grazie anche al lavoro della stragrande maggioranza dei medici, prima dei medici di medicina generale e poi dei medici ospedalieri, la dematerializzazione del sistema. Se non si andava a questo cambio di passo le liste di attesa le avremmo avute ancora come erano perché la dematerializzazione del sistema ha permesso un maggior utilizzo dei codici di priorità, una sorta di alfabetizzazione con il Cup e con i sistemi.

L'altro passo fondamentale è quello del fascicolo elettronico, è stato nominato dal Consigliere Giancarli, lo ha ripreso la Consigliera Pergolesi, non posso non ripeterlo, è l'altro importantissimo snodo di vicinanza della sanità al cittadino. Sono uno di quelli che più ha insistito su questo aspetto, anche perché sono uno dei pochi medici che il fascicolo elettronico lo sta utilizzando per quella parte che oggi riesce a darci e, ve lo confesso, ricevere nel proprio data base gli esami di laboratorio, piuttosto che le risposte degli esami radiologici, direttamente dall'ospedale dove sono stati fatti, credetemi, è una cosa di grande effetto, soprattutto di grande utilità nei confronti del cittadino.

Questa attività, che mi auguro possa essere implementata con altre funzioni, oggi è possibile anche grazie all'introduzione di una modifica nella raccolta del consenso informato che prima impediva una rapidità nell'accesso al fascicolo elettronico e credo che questo cambierà quando andremo a regime il volto della sanità, non solo della sanità territoriale, ma anche della sanità marchigiana.

Per il resto penso che ci sia ancora tanta strada da fare, consegneremo questo Piano sanitario a chi verrà dopo di noi perché ha uno sguardo lontano.

Chiudo ringraziando tutti gli operatori sanitari, medici, infermieri, tutti coloro che lavorano, perché se è vero che sono state fatte 1.000 nuove assunzioni è anche vero che questi anni sono stati complicati e duri soprattutto negli ospedali che hanno continuato a garantire qualità di prestazioni e di assistenza, perché questo mestiere non si fa solo ed esclusivamente per lo stipendio se non c'è anche una carica umana, personale e anche affettiva nei confronti delle persone che soffrono.

Da questa sede si alza forte il ringraziamento a tutti gli operatori del sistema sanitario marchigiano.

PRESIDENTE. Ha la parola, per fatto personale, la Consigliera Pergolesi.

Romina PERGOLESI. Grazie Presidente. Innanzitutto vorrei dissociarmi dalle affermazioni che sono state fatte in Aula, seppur mi sento lusingata di essere associata alla Vicepresidente del Senato della Repubblica, che ringrazio per lo splendido lavoro che sta facendo a Roma.

Ricordo che c'è un paragrafo sul Piano tanto osteggiato dove sono previste fasi di monitoraggio e mi auguro che chi si presenterà alle prossime elezioni partecipi a quel tavolo anche se non dovesse essere eletto, per cui ce lo sapremo ridire tra qualche mese. Grazie.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione.

Proposta di ordine del giorno a firma della Consigliera Leonardi. Lo pongo in votazione per appello nominale.

Favorevoli: Carloni, Celani, Fabbri, Leonardi, Malaigia, Zaffiri, Zura Puntaroni.

Contrari: Biancani, Bisogni, Bora, Busilacchi, Casini, Ceriscioli, Cesetti, Giancarli, Marconi, Mastrovincenzo, Micucci, Minardi, Pieroni, Rapa, Sciapichetti, Talè, Traversini, Urbinati, Volpini.

Astenuti: Nessuno.

(L'Assemblea legislativa regionale non approva)

Emendamento 1 a firma del Consigliere Marconi, ha chiesto la parola, ne ha facoltà.

Luca MARCONI. Grazie Presidente. Chiedo il voto per appello nominale su tutti gli emendamenti e sul voto finale, in modo tale, accogliendo anche la provocazione del Presidente, che resti agli atti di fronte perché al di là delle chiacchiere che abbiamo fatto queste sono proposte concrete.

Per quanto riguarda l'emendamento che presento, come gli altri quattro, dico al Presidente Ceriscioli che nessuno è sulla

medicina per acuti, quindi riguardano il territorio pensando ad altro e a quei pochi spazi di autonomia che possiamo ricavarci, come detto, dentro il d.m. 70.

E' chiaro che questo va nel primo capoverso, nel primo periodo, siamo proprio all'inizio del Piano ed è una affermazione di principio, chiaramente so già che siamo tutti d'accordo perché i due Presidenti, di quest'Aula e della Giunta ... Il Presidente Mastrovincenzo ha recentemente presentato gli esiti di una ricerca sulla denatalità ed ho notato che non ha nemmeno votato alcuni provvedimenti in Aula quando ci siamo spaccati con il Consigliere Volpini, ho visto che non ha mai partecipato al voto e neanche il Presidente Ceriscioli.

Mi fermo qui perché so che lo voteremo tutti, quindi non apro su questo nessun tipo di polemica, però sull'aspetto sanitario direi di non farci venire un colpo per il fatto che c'è il 70% di obiettori perché c'è comunque un 30% che lo può fare, ma questo è un aspetto, ne riparleremo con più competenza quando faremo il Piano sociale dove lì magari gli interventi potranno essere più circostanziati.

PRESIDENTE. Emendamento 1. Lo pongo in votazione.

Favorevoli: Biancani, Bisonni, Bora, Busilacchi, Carloni, Casini, Celani, Ceriscioli, Cesetti, Fabbri, Giacinti, Giancarli, Leonardi, Maggi, Malaigia, Marconi, Mastrovincenzo, Micucci, Minardi, Pergolesi, Pieroni, Rapa, Sciapichetti, Talè, Traversini, Urbinati, Volpini, Zaffiri, Zura Puntaroni.

Contrari: Nessuno.

Astenuti: Nessuno.

*(L'Assemblea legislativa regionale
approva)*

Emendamento 2 a firma del Consigliere Pieroni, ha chiesto la parola, ne ha facoltà.

Moreno PIERONI. Grazie Presidente. Ho ritenuto opportuno presentare questo emendamento perché, come tutti noi sappiamo e come tanti Consiglieri hanno ricordato, questo è l'anno del Giubileo dell'Aereonautica, i 100 anni dell'Aereonautica e Loreto sarà al centro dell'attenzione mondiale, per tutti gli aviatori e per tutti coloro che volano.

Nella città di Loreto ed in tutto il territorio marchigiano si prevede l'arrivo di centinaia di migliaia di persone. Cercando di seguire un po' il pensiero della città e dei loretani, è importante in questa fase rafforzare anche il Presidio di Loreto in quanto avere un punto di primo intervento significa dare un respiro più forte all'accoglienza che vedrà tanti pellegrini, anche con una serie di disabilità importanti.

Sono convinto che questo sia un emendamento straordinario che riguarda l'anno 2020 e spero che questo Consiglio voglia approvarlo. Nello specifico riporta: "Tenuto conto del rilevante continuo afflusso di pellegrini e turisti presso il Santuario, che sarà ulteriormente accresciuto da centinaia di migliaia di unità, in occasione del Giubileo Lauretano si istituirà un punto di primo intervento presso l'ospedale di Loreto, collegato ad un pronto soccorso del presidio ospedaliero dell'area vasta".

Solo in questo caso, rispetto agli altri emendamenti che ho presentato, parlo dei punti di primo intervento, ma ritengo che sia giusto per questo anno riconoscere alla struttura sanitaria di Loreto la possibilità di garantire un'accoglienza sanitaria importante per offrire il servizio forte che le Marche vogliono dare.

PRESIDENTE. Emendamento 2. Lo pongo in votazione.

Favorevoli: Biancani, Bisonni, Bora, Casini, Celani, Ceriscioli, Cesetti, Giacinti, Giancarli, Leonardi, Malaigia, Marconi, Mastrovincenzo, Micucci, Minardi, Pieroni, Rapa, Sciapichetti, Talè, Traversini, Urbinati, Zaffiri, Zura Puntaroni.

Contrari: Volpini.
Astenuti: Nessuno.

*(L'Assemblea legislativa regionale
approva)*

Sub emendamento 3/1 a firma del Consigliere Volpini. Ha la parola il Consigliere Busilacchi.

Gianluca BUSILACCHI. Questo sub emendamento è all'emendamento che ho illustrato nel mio intervento nel quale ho detto che se fosse stato approvato avrei votato a favore.

Il sub emendamento lo ridimensiona un po' politicamente, ma è un segnale interessante, tra l'altro ne conserva alcuni aspetti importanti: sui privati, sul potenziamento dei distretti, sulla prevenzione. Non corrisponde esattamente al mio emendamento, però mi asterrò sul sub emendamento e se passerà mi asterrò sulla votazione finale.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Volpini.

Fabrizio VOLPINI. Vorrei dire al Consigliere Busilacchi che le parti che sono state cassate dal suo emendamento sono quelle che già sono state inserite all'interno del Piano, penso alla salute mentale ed anche ad altri contenuti.

PRESIDENTE. Sub emendamento 3/1. Lo pongo in votazione.

Favorevoli: Biancani, Bissonni, Bora, Casini, Ceriscioli, Cesetti, Fabbri, Giacinti, Giancarli, Giorgini, Maggi, Marconi, Mastrovincenzo, Micucci, Minardi, Pergolesi, Pieroni, Rapa, Sciapichetti, Talè, Traversini, Urbinati, Volpini.

Contrari: Malaigia, Zaffiri, Zura Puntaroni.
Astenuti: Busilacchi.

*(L'Assemblea legislativa regionale
approva)*

Emendamento 3 a firma del Consigliere Busilacchi. Decaduto

Sub emendamento 4/1 a firma del Consigliere Pieroni. Ha la parola l'Assessore Pieroni.

Moreno PIERONI. Grazie Presidente. Questo sub emendamento è all'emendamento successivo dove l'idea di Uniti per le Marche è quella di precisare e rafforzare la posizione già prevista nel Piano sanitario, in modo che i cittadini capiscano con grande chiarezza la volontà ...

(intervento fuori microfono)

Moreno PIERONI. E' kafkiano però è importante perché poi quando parliamo con i cittadini non ci deve essere confusione, quindi credo che sia giusto precisare quello che già è previsto, nel senso che il sub emendamento precisa che i punti di primo intervento sono sostituiti con i punti di intervento immediato e l'emendamento che poi con grande chiarezza specifica che: "si istituiranno, comunque, punti di primo intervento collegati ad un pronto soccorso di un presidio ospedaliero di area vasta nelle aree interne disagiate e al di fuori di queste nelle aree ove siano previsti oltre 8.000 accessi".

PRESIDENTE. Ha la parola la Consigliera Pergolesi.

Romina PERGOLESI. Grazie Presidente. Colgo il suggerimento del Consigliere Maggi, se l'intento dell'Assessore Pieroni è quello di fare chiarezza, e quindi non generare confusione tra i cittadini, l'acronimo rimane PPI, quindi il Consigliere Maggi suggerisce di metterci magari la parola "rapido", quindi punto di intervento rapido. Manteniamo un po' di serietà su questo Piano!

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Marconi.

Luca MARCONI. Da uomo semplice sono un po' confuso per il combinato disposto del sub e dell'emendamento, perché se il sub avesse emendato la terminologia problemi non ce n'erano, perché non abbiamo più i PAT, che vanno in pattumiera, non abbiamo i PPI che vanno da un'altra parte, e abbiamo i PII, quindi si sarebbe risolto.

Invece, Assessore Pieroni, qui ci impantiamo sugli 8.000 accessi, per cui ad esempio questa operazione funziona per Loreto o per qualche altro comune, ma non funziona per Cingoli o per Recanati, l'idea mi piace, però la soluzione a cui addiviamo non è proprio delle migliori, quindi per il momento mi astengo.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Micucci.

Francesco MICUCCI. Per onore di verità questi temi che sono molto delicati sono stati già ampiamente dibattuti e discussi in Commissione e di fatto sono stati accolti.

Sulle aree disagiate abbiamo più volte discusso nel corso del dibattito, con le aree previste e la dicitura.

In particolare sulla terminologia, come ho ricordato nell'intervento, segnalo che, se non piace neanche questa non è un problema, semplicemente per riconoscere che questo lavoro è stato svolto ed è stato approvato dalla Commissione, a pagina 34, nella scheda 37, in cui si parla del miglioramento dei tempi di intervento attraverso la rete territoriale di soccorso, che è l'oggetto dell'emendamento e del sub, si dice: "detti centri di intervento inseriti con l'intento di interagire con i pronto soccorso per smaltire così parte degli accessi, in particolare quelli a bassa complessità medica", nella sostanza è previsto, salvo l'aspetto degli 8000 accessi, che onestamente non so in quale sigla si va ad inquadrare.

Questo per dire che questo lavoro già in parte è stato svolto.

PRESIDENTE. Ha la parola l'Assessore Pieroni.

Moreno PIERONI. Credo che dalle parole del Consigliere Micucci si possa capire la differenza che c'è in questo specifico emendamento perché precisa e dà chiarezza ai nostri concittadini che nei territori, in particolar modo delle aree disagiate, devono avere un punto di intervento immediato con tutto quello che ne consegue.

Nel caso della rete significa che può intervenire l'ambulanza e c'è tutto un percorso diverso che non significa rafforzare quel presidio.

Se siamo una maggioranza forte credo che dobbiamo dare questo messaggio perché quando andremo in quei territori con grande chiarezza ognuno di noi dovrà dire quello che è stato riportato e spiegare quello che i cittadini vogliono capire.

PRESIDENTE. Sub emendamento 4/1. Lo pongo in votazione.

Favorevoli: Bissoni, Bora, Busilacchi, Casini, Ceriscioli, Cesetti, Giacinti, Giancarli, Marconi, Mastrovincenzo, Micucci, Minardi, Pieroni, Rapa, Sciapichetti, Talè, Traversini, Urbinati, Volpini.

Contrari: Malaigia, Zaffiri, Zura Puntaroni.
Astenuiti: Nessuno.

(L'Assemblea legislativa regionale approva)

Emendamento 4 a firma dei Consiglieri Pieroni, Rapa, così come modificato. Lo pongo in votazione.

Favorevoli: Biancani, Bissoni, Bora, Busilacchi, Casini, Ceriscioli, Cesetti, Giancarli, Mastrovincenzo, Micucci, Minardi, Pieroni, Rapa, Sciapichetti, Talè, Traversini, Volpini.

Contrari: Giacinti, Malaigia, Zaffiri, Zura Puntaroni.

Astenuiti: Marconi.

*(L'Assemblea legislativa regionale
approva)*

Emendamento 4 bis a firma del Consigliere Volpini. Lo pongo in votazione.

Favorevoli: Biancani, Bora, Busilacchi, Casini, Celani, Ceriscioli, Cesetti, Fabbri, Giancarli, Giorgini, Leonardi, Maggi, Malaigia, Marconi, Mastrovincenzo, Micucci, Pergolesi, Pieroni, Rapa, Sciapichetti, Talè, Traversini, Urbinati, Volpini, Zaffiri, Zura Puntaroni.

Contrari: Nessuno.

Astenuti: Nessuno.

*(L'Assemblea legislativa regionale
approva)*

Emendamento 5 a firma del Consigliere Giancarli, ha chiesto la parola, ne ha facoltà.

Enzo GIANCARLI. Grazie Presidente. Non potevo non intervenire perché a mio avviso la scelta che dobbiamo compiere è molto importante e riguarda un'area delicatissima che è quella montana.

Concordo con quanto ha detto prima la Consigliera Pergolesi, il punto non può che essere l'uguaglianza di tutti i cittadini rispetto all'accesso alle cure, questo è il punto, solo che essendo diverse le condizioni dobbiamo fare in modo che l'accesso alle cure si realizzi per tutti.

Voglio ringraziare brevemente i soggetti con cui nel corso dei mesi, più volte, ci siamo confrontati: le organizzazioni sindacali, Cgil, Cisl, Uil, gli operatori sanitari e alcuni Consiglieri comunali.

Rispetto all'emendamento quello che ha più forza, e che non può essere scritto in modo più forte di come è stato scritto perché noi non possiamo legiferare per la Regione Umbria, è l'ultimo comma: "con riferimento alla stessa area vasta la Regione potrà attivare in via sperimentale progetti di integrazione con la Regione Umbria, previa intesa con la medesima Regione".

Ho scritto così perché di più non potevo, ma è chiaro che penso ad un'area montana interregionale, penso ad una grande fase di sperimentazione che ovviamente dovranno costruire e realizzare la Giunta regionale delle Marche, la Giunta regionale dell'Umbria, i soggetti sociali, imprenditoriali, le comunità locali, montane e delle aree interne della nostra regione, con quello che qui si dice: "Un'area vasta montana che inizi dal nord dell'Appennino", ovviamente non si specifica perché non può essere scritto qui, ma attraverso il territorio di Matelica fino a comprendere almeno Camerino, avendo come centro di riferimento Fabriano.

Credo che questo sia uno dei momenti importanti dell'elaborazione, soprattutto rivolta al futuro, rivolta alla pari dignità dei cittadini, ovviamente nel momento in cui la inseriamo nel Piano poi deve essere costruita con la partecipazione, con la responsabilità ed anche in modo scientifico rispetto ai bisogni ed alla centralità del cittadino nel diritto alla salute.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Marconi.

Luca MARCONI. Anche questo argomento è stato largamente dibattuto, abbiamo avuto un emendamento in Commissione, vari ragionamenti, prima bocciato, poi ripreso.

Vorrei motivare il mio voto contrario su questo, non perché tutti quelli che bocciano l'emendamento del Consigliere Giancarli devono essere bollati come quelli che ce l'hanno con le aree interne.

Ho presentato un emendamento sulle aree interne, lo ricordo anche al Consigliere Talè, che fissa un criterio fondamentale, quello in base al quale i parametri per le aree interne devono essere diversi da quelli numerici che vengono utilizzati dalle aree collinari e costiere. Questo fa la differenza, non la creazione dell'area vasta, anche perché, Consigliere Giancarli, oggettivamente a Macerata, a Camerino o a

Sarnano non posso andare a raccontare che hanno come punto di riferimento dell'area interna Fabriano, è molto difficile, anche perché lasceremo l'area montana del fermano e dell'ascolano dentro un'organizzazione di natura costiera.

Capisco l'esigenza, capisco la motivazione ed anche la nobiltà d'animo che spinge verso questa direzione, ma oltre tutto motivo che è in contraddizione con il mio emendamento che invece prevede la creazione di aziende ospedaliere, va quindi in tutt'altra direzione: quella del nord, del centro e del sud.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Zaffiri.

Sandro ZAFFIRI. Grazie Presidente. Per quanto riguarda l'emendamento presentato dal Consigliere Giancarli non ho niente da dire, però avevamo anche detto che eventuali proposte di modifica strutturale dell'Azienda sanitaria regionale sarebbero state rinviate perché probabilmente la maggioranza avrebbe presentato una proposta diversa rispetto alla situazione attuale.

Sulla proposta che è stata fatta dal Consigliere Giancarli ci sono ragionamenti diversi su come uno vede la ristrutturazione dell'Asur e delle aree vaste ed è chiaro che nel contesto di una struttura unica, come l'Asur, si può valutare, per esempio, questa soluzione, che sembra possa dare delle risposte, ma ce ne possono essere anche altre che vanno a modificare completamente l'organizzazione sanitaria fatta dall'Asur e dalle aree vaste, che oggi sono collocate sul territorio senza avere strumenti per poter operare autonomamente.

Credo che questa sia l'unica cosa o una delle poche del Piano sanitario che ho personalmente condiviso perché un ragionamento complessivo per quanto riguarda questo tipo di struttura è un altro discorso, ma mettere una pezza in questo

contesto, in questo momento ..., anche perché la nostra regione è fatta di province, è fatta di realtà territoriali e magari oltrepassando il confine si vedono altri ragionamenti, altre proposte, altre indicazioni. Credo che questa sia una proposta abbastanza delicata e per quanto ci riguarda non la voteremo.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Busilacchi.

Gianluca BUSILACCHI. Grazie Presidente. Su questo emendamento del Consigliere Giancarli mi asterrò perché ne condivido l'idea di fondo, di dare spazio all'entroterra ed alle aree montane, ma vedo due problemi.

Uno, un'unica area montana è molto complicata, in realtà sarebbe quasi da ragionare su due aree montane, una di centro nord ed una di centro sud, perché partire dall'entroterra del nord fino ad arrivare a Matelica è molto complicato dal punto di vista logistico.

Detto ciò c'è un'ulteriore ragione, in questi anni mi sono convinto che l'area vasta, colleghi, tutto sommato sia uno strumento depotenziato e credo che sarebbe utile che in questi ultimi due mesi ragionassimo seriamente, subito dopo l'approvazione del Piano, ad una revisione della legge 13. Quella dovrebbe essere la sede opportuna.

Il Presidente sa che presenterò una proposta di legge di modifica dell'Azienda ospedaliera dell'Inrca, che credo sarà condivisa, contemporaneamente vorrei presentare anche un'altra proposta di legge, almeno per aprire il dibattito, sulla revisione dell'Asur perché penso che alcuni aspetti vadano rivisti e ritengo che quella sia la sede più utile ed opportuna per parlare di questo tema.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Zura Puntaroni.

Luigi ZURA PUNTARONI. Mi ha colpito l'intervento del Consigliere Giancarli, sembrava di ascoltare il Presidente Mattarella quando parla a vuoto. Lei pensa all'area interna con l'Umbria quando le Regioni fanno a coltellate l'una con l'altra? Ma come ci pensa? Lei butta là delle cose, ma già la realizzazione razionale di progetti è complicatissima, figuriamoci l'area interna montana con l'Umbria e con Perugia. Consigliere Giancarli, cosa sta dicendo?

Prima ho ascoltato il Presidente e nonostante sto all'opposizione devo riconosce la difficoltà di spiegare un progetto sulla sanità anche col buonsenso, una difficoltà enorme, e lei butta là una cosa proprio per farsi del male, ma come gliene va!!

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Micucci.

Francesco MICUCCI. Grazie Presidente. Vorrei ringraziare il Consigliere Giancarli per aver sollevato la discussione sia in Commissione che oggi in Consiglio su un tema che apre, come stiamo vedendo, un ampio dibattito perché la questione delle aree interne è molto sentita.

In questa sede ribadisco solo quanto ho detto nel mio intervento, stante che l'argomento è assolutamente importante, ad oggi ci sono molti dubbi e molte perplessità sul fatto che questa proposta possa essere la soluzione ottimale al problema; annuncio, quindi, un voto contrario, ma, ripeto, condivido l'aver sollevato il dibattito.

Al Consigliere Zura Puntaroni vorrei invece far presente che i suoi colleghi di partito, non d'Oltralpe ma d'Oltre Appennino, nella persona della Presidente della Regione, hanno chiesto un incontro al nostro Presidente per ragionare su una collaborazione in tema di sanità e di sanità condivisa. Forse il tema sollevato dal Consigliere Giancarli non è così campato per aria e così estremo e credo che il ragionamento, nell'ottica a servizio dei

cittadini, possa essere approfondito e seguito per trovare magari delle soluzioni concordate.

PRESIDENTE. Ha la parola la Consigliera Pergolesi.

Romina PERGOLESI. Grazie Presidente. Vorrei approfittare della presenza del Presidente Ceriscioli e, visto che questa proposta mi era stata presentata forse un paio d'anni fa da un ex Consigliere del Presidente Ceriscioli di Fabriano, vorrei capire un attimo i motivi per cui poi non ha portato avanti questo tipo di iniziativa, pur condividendo che va fatto un ragionamento più ampio, e mi auguro, sulla base di dati statistici e non perché uno è affezionato a quello o a quell'altro territorio.

Per quanto riguarda l'Azienda ospedaliera dell'Inrca, se non sbaglio, è un istituto di ricerca, quindi vorrei capire se vogliamo anche stravolgere quelle che sono le poche cose basilari che abbiamo in regione. Grazie.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Volpini.

Fabrizio VOLPINI. Solo per ricordare che io e la Dirigente del Servizio sanità, che ancora è lì che ci ascolta, abbiamo partecipato qualche mese fa ad un Consiglio comunale aperto in quel di Fabriano, in cui erano presenti anche molti Sindaci del territorio, di quella zona, di quell'area montana, come Pergola ed altri, e forte in quell'assemblea da parte dei Sindaci e di quanti erano intervenuti è venuta la richiesta di un'attenzione particolare per quel territorio, se non di una vera e propria area vasta, tant'è che alle 23,00 di sera, quando ci hanno fatto parlare, ho fatto un'apertura in questo senso ed ho detto che forse era giusto ed utile anche aprire un tavolo a livello regionale in cui discutere laicamente questo tipo di proposta, perché lanciata così e poi calata nel dettaglio, per

quanto riguarda le singole città, i singoli territori, doveva comportare la necessità di una riflessione maggiore, che per me rimane al di là di come andrà l'emendamento.

Non è che con l'Umbria noi non abbiamo legami, noi avevamo rapporti, anche prima dell'attuale Presidente, per quanto riguarda i trapianti, i trapianti di fegato l'Umbria li fa a Torrette, abbiamo rapporti con l'Istituto zooprofilattico, abbiamo rapporti per il 112 e per l'elisoccorso. C'è già un canale aperto per cui si può anche ragionare su un'opportunità di questo tipo, visto anche che a 20 chilometri da Fabriano c'è un ospedale progettato da un prestigioso architetto. Quindi è una cosa sicuramente fattibile.

Nel merito, si era detto in Commissione che tutti gli emendamenti, perché ce n'erano anche altri, che riguardavano il cambio dell'assetto istituzionale sarebbero stati accantonati in attesa di una proposta organica che la Giunta potrebbe fare di revisione della legge 13, sul discorso dell'Asur e altro.

Forse votare in questo momento l'emendamento, così a freddo, potrebbe contraddire questo tipo di percorso che ci eravamo dati anche in Commissione.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Celani.

Piero CELANI. Sono un paladino delle aree montane perché il nostro territorio dei Sibillini merita una particolare attenzione ed è importante portare là i servizi per evitare quella che oggi ho definitivo la desertificazione ed i servizi che questa gente merita di avere come prossimità sono quelli relativi alla salute.

Nello spirito sono fundamentalmente d'accordo con il Consigliere Giancarli, però dico che le aree vaste, se rimangono così come sono pensate attualmente, servono per perequare i servizi sui territori, se confiniamo un'area vasta all'interno del solo

territorio montano, se poi non vengono messe risorse, e con questa modalità di funzionamento dalle aree vaste non ci sono risorse, faremo loro teoricamente un dispetto perché le aree vaste, così come concepite da Fabriano a Camerino, non hanno nulla da mettere sul territorio, nulla da perequare.

Per cui credo che il tema meriti un attimo una riflessione, quindi, mi dispiace perché, per questo motivo, per l'amore, per l'attenzione che ho per queste aree, non vorrei fare un dispetto ai territori del subappennino, ma sono anch'io contrario all'emendamento.

PRESIDENTE. Ha la parola il Presidente Ceriscioli.

Luca CERISCIOLI. Grazie Presidente. Concordo pienamente sul ragionamento di collocare questa materia nel tema degli assetti, anche perché, a mio giudizio, hanno bisogno di un minimo di approfondimento temi che sono emersi in questi due minuti di dibattito, quello delle aree vaste e delle aree interne. Quanto grande? Se è grande collegata come? Su quale progetto costruibile di sanità? E' vero che conta il territorio, ma contano le persone per i servizi, è una cosa talmente delicata che va gestita in un percorso a sé stante, con tutti gli elementi di approfondimento.

Ho un principio in termini generali che mi ha orientato nell'essere diffidente rispetto a questa scelta, che mi è sembrata contro la mia natura, che è la classica indicazione, molto forte sotto un profilo comunicativo, di fare l'area interna e di trasformarla in una area vasta con una omogeneità di problemi, staccandola dalle dinamiche delle altre aree, con la difficoltà in termini concreti di mettere insieme degli elementi di debolezza e di costruire qualcosa di forte.

Faccio sempre l'esempio dei medici, noi oggi manteniamo i servizi in alcune aree, mandando in continuazione in comando medici della parte "costiera", per quanto può

essere costiera Macerata per Camerino o altre situazioni. Ci sono medici che si spostano per coprire le carenze, che sono ancora più forti negli ospedali delle aree interne - non abbiamo solo Amandola e Pergola, abbiamo Camerino, San Severino Marche, Cingoli. Ritengo che anche Fabriano sia un ospedale di un'area interna, è a 70 chilometri da qui, più interna di così ... - non parliamo di due ospedali, parliamo di tanti ospedali.

Va fatta un'analisi un po' più approfondita con l'obiettivo di dare una risposta ad un tema reale, ma con qualcosa di vero. Mi basterebbe piantare una bandierina, ma vorrei che sta accanto a quella bandierina ci fosse anche una visione che regga un percorso e permetta di dare le risposte che vengono richiamate come esigenza.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Traversini.

Gino TRAVERSINI. Non volevo intervenire, ma dopo l'intervento del Presidente, a forza di sentire "aree interne" e dopo tanti interventi nell'interesse delle aree interne, non riesco ad astenermi.

Normalmente quello che propone il Consigliere Giancarli mi trova spesso d'accordo per la bontà delle sue idee, quindi mi rimane complicato intervenire ed esprimere l'opinione che ho su questo caso.

Non mi convince purtroppo la questione dell'area vasta delle aree interne in questa maniera, anche perché le loro esigenze sono abbastanza marcate, ne abbiamo parlato. Sono d'accordo, forse l'area vasta provinciale è già piccola, ma credo che mettere insieme le difficoltà e le emergenze costituirebbero un'area vasta di debolezza e non si darebbero risposte.

Credo che con una politica corretta si possano dare maggiori risposte, evidenziando le difficoltà ed i problemi che ci sono e mettendo risorse maggiori.

Non sono d'accordo che questa sia la strada migliore, anche se mette insieme le

aree interne, anche se idealmente potrebbe essere attrattiva, ma per la parte sanitaria non credo possa essere un meccanismo di risposta vero.

PRESIDENTE. Emendamento 5. Lo pongo in votazione.

Favorevoli: Giancarli, Pieroni.

Contrari: Bora, Carloni, Casini, Ceriscioli, Cesetti, Giacinti, Malaigia, Marconi, Mastrovincenzo, Micucci, Minardi, Sciapichetti, Talè, Traversini, Urbinati, Volpini, Zaffiri, Zura Puntaroni.

Astenuti: Busilacchi, Celani, Rapa.

(L'Assemblea legislativa regionale non approva)

Sub emendamento 6/1, sostitutivo dell'emendamento 6, a firma della Consigliera Pergolesi.

Ha la parola il Consigliere Marconi.

Luca MARCONI. L'emendamento 6 che viene cancellato è il mio, quindi, vorrei capire come viene sostituito anche perché è un po' diverso da quello che avevo immaginato molto semplicemente, nel senso che non era questo l'articolato, che adesso leggerò, in cui ci sono riferimenti importanti a leggi e altro.

Un capoverso è tutto contenuto, mentre il penultimo capoverso prevede: "il rafforzamento delle competenze della Conferenza dei Sindaci di area vasta con modifica" Anche perché a pagina 39 abbiamo inserito, Presidente, un po' addolcito rispetto a quelle che erano le previsioni, anche questo sarebbe un combinato disposto, "la Commissione assembleare competente - non l'Aula, la IV nel nostro caso - esprime parere sul bilancio di previsione e consuntivo della sanità e sugli stanziamenti destinati alle aziende ospedaliere e per l'Asur anche alle singole aree vaste". Se fossi stato coinvolto avrei potuto firmare anche il sub emendamento, comunque va bene.

L'emendamento mirava in maniera molto ingenua a prevedere, almeno cinque volte l'anno, alla rendicontazione dell'attività svolta dall'area.

Il Presidente Ceriscioli ha avuto facile lavoro nell'esaltare l'opera dell'area vasta 1, prima ha parlato di decine di incontri, perché da quanto mi risulta è l'unica tra tutte le altre che si riunisce con questa frequenza ed ha questa grande vivacità partecipativa e democratica, nel resto della regione mi sembra che ci sia una morte totale.

L'emendamento costringe il Presidente della Conferenza dei Sindaci di area vasta a convocarla cinque volte all'anno per vedere i consuntivi, i preventivi ed anche per esaminare le scelte più importanti e a non eccitarsi soltanto nel momento in cui si deve approvare o meno l'algoritmo che stabilisce se Civitanova Marche deve chiudere, con chi deve chiudere, dove dobbiamo fare il nuovo ospedale di Macerata, che poi non chiude.

Questo è l'intento, però mi sembra che ci sia quasi tutto.

PRESIDENTE. Ha la parola la Consigliera Pergolesi.

Romina PERGOLESÌ. Grazie Presidente. Innanzitutto chiedo scusa al Consigliere Marconi, nella fretta non ho pensato a farglielo presente, comunque sia è stata riportata totalmente, attraverso l'ausilio del servizio, la parte del suo emendamento.

Non credo che ci siano problemi se lei, Consigliere Marconi, sottoscrive il sub emendamento. Chiedo ancora umilmente scusa.

PRESIDENTE. Sub emendamento 6/1. Lo pongo in votazione.

Favorevoli: Bissoni, Bora, Busilacchi, Casini, Celani, Ceriscioli, Cesetti, Fabbri, Giacinti, Giancarli, Giorgini, Leonardi, Maggi, Malaigia, Marconi, Mastrovincenzo, Micucci, Minardi, Pergolesi, Pieroni, Rapa,

Sciapichetti, Talè, Traversini, Urbinati, Volpini, Zaffiri.

Contrari: Nessuno.

Astenuti: Nessuno.

(L'Assemblea legislativa regionale approva)

Emendamento 6 a firma del Consigliere Marconi. Decaduto.

Sub emendamento 7/1 a firma del Consigliere Fabbri, ha chiesto la parola, ne ha facoltà.

Piergiorgio FABBRI. Grazie Presidente. Soltanto per ricordare che abbiamo votato, mi sembra all'unanimità, la mozione 416 nel 2018, in cui si chiedeva alla Giunta di realizzare progetti ispirati all'housing e cohousing sociale ed intergenerazionale.

Questo è un emendamento per riportare all'interno del Piano il dispositivo della mozione approvata da questo Consiglio che chiedeva di attivare questi progetti, che già in altre Regioni esistono, ma esistono anche delle realtà sperimentali nella nostra Regione.

Un emendamento per potenziare questi aspetti, soltanto per ricordare quello che avevamo in precedenza approvato.

PRESIDENTE. Sub-emendamento 7/1. Lo pongo in votazione.

Favorevoli: Bissoni, Bora, Busilacchi, Carloni, Casini, Celani, Cesetti, Fabbri, Giacinti, Giancarli, Giorgini, Leonardi, Maggi, Malaigia, Marconi, Mastrovincenzo, Micucci, Minardi, Pergolesi, Pieroni, Rapa, Sciapichetti, Talè, Traversini, Urbinati, Volpini, Zaffiri.

Contrari: Nessuno.

Astenuti: Nessuno.

(L'Assemblea legislativa regionale approva)

Emendamento 7 a firma dei Consiglieri Pieroni, Rapa, Busilacchi, così come emendato. Lo pongo in votazione.

Favorevoli: Bisonni, Bora, Busilacchi, Carloni, Casini, Cesetti, Fabbri, Giacinti, Giancarli, Giorgini, Leonardi, Malaigia, Marconi, Mastrovincenzo, Micucci, Minardi, Pieroni, Rapa, Sciapichetti, Talè, Traversini, Urbinati, Volpini, Zaffiri.

Contrari: Nessuno.

Astenuti: Nessuno.

(L'Assemblea legislativa regionale approva)

Emendamento 8 a firma del Consigliere Talè, ha chiesto la parola, ne ha facoltà.

Federico TALE'. Al paragrafo 6.2 "assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria" aggiungo: "Tra i servizi territoriali è da incentivare la realizzazione di centri semi-residenziali (h12) e di centri diurni per persone affette da Alzheimer, in cui personale specializzato, in un ambiente protetto, si occupi della valorizzazione delle capacità e delle competenze residue dei pazienti. Uno di tali centri, in area vasta 1, potrebbe essere realizzato a Mondolfo, dove l'amministrazione comunale ha già comunicato alla Regione ed all'Asur la disponibilità a mettere a disposizione spazi di sua proprietà nell'immobile che ospita la casa della salute "Bartolini".

Questo è il problema dell'Alzheimer che purtroppo è sempre più frequente, quindi, aggiungere con l'emendamento questa postilla.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Micucci.

Francesco MICUCCI. Intervengo per spiegare che la prima parte, che è quella più condivisibile, è già presente di fatto nell'atto del fabbisogno, credo che ci sia anche un passaggio nel Piano; nella seconda parte, francamente, specificare nel dettaglio dove

e come realizzare il centro, mi pare non opportuno.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Zaffiri.

Sandro ZAFFIRI. Grazie Presidente. Se l'emendamento si fosse fermato al primo comma, condivido con il Consigliere Micucci, sarebbe stato votabile, la seconda parte, è chiaro, è un aspetto particolare della sanità marchigiana, pertanto, penso che non sia votabile.

PRESIDENTE. Emendamento 8. Lo pongo in votazione.

Favorevoli: Carloni, Celani, Pieroni, Rapa, Talè, Urbinati.

Contrari: Biancani, Bisonni, Bora, Busilacchi, Casini, Ceriscioli, Cesetti, Giacinti, Giancarli, Malaigia, Mastrovincenzo, Micucci, Sciapichetti, Traversini, Volpini, Zaffiri.

Astenuti: Minardi.

(L'Assemblea legislativa regionale non approva)

Emendamento 9 a firma del Consigliere Marconi, ha chiesto la parola, ne ha facoltà.

Luca MARCONI. Grazie Presidente. In linea con i tanti emendamenti che stiamo facendo contro la legge 70, che saranno, se diventano legge, bocciati da un qualsiasi Governo, però intanto è una lista della spesa che mettiamo in conto per.

Non ho capito se l'Azienda viene identificata con un ospedale di secondo livello, è chiaro che non possiamo avere una seconda Azienda, anzi una terza Azienda perché già ne abbiamo due, abbiamo un ospedale di secondo livello, che è Torrette e l'abbiamo scritto, e un ospedale di un livello e mezzo che è Marche nord.

L'obiettivo dell'emendamento, Presidente, è di avere un secondo ospedale di un livello e mezzo che mettendo insieme

tutta la parte sud delle Marche raggiunga quell'obiettivo. Perché la definizione di "un livello e mezzo"? E' evidente che Marche nord non è a livello di Torrette, Lancisi e Salesi, è evidente che non è neanche a livello di Macerata, Fermo e Ascoli Piceno, per mettere in conto quelli più vicini e più completi come ospedali di primo livello. Poi non ho gli elementi per dare tutte le specialistiche minime e massime che deve avere, ma questo è quanto.

Il ragionamento semplice è che abbiamo la necessità di distinguere, come ho detto nel mio intervento, il livello per acuti da un punto di vista organizzativo, non funzionale - che da un punto di vista funzionale ci debba essere un rapporto questo non è in dubbio - anche perché il mondo degli acuti deve avere dei criteri omogenei con i quali confrontarsi.

C'è anche un problema pratico, che i colleghi Consiglieri forse avranno notato in questi 12 anni di Asur, mentre le aziende hanno un bilancio che si apre e si chiude lì, l'Asur non è così, l'Asur, integrando territorio e ospedali, finisce a volte per succhiare risorse ai territori perché l'ospedale è prioritario.

Tenere separate le due cose significa che c'è un mondo per gli acuti, se servono 50 milioni in più sono per tutti, non solo per qualcuno, e se c'è un mondo del territorio che in maniera molto chiara potremmo dire di sacrificare, lo sacrificiamo per tutti. Non deve passare alla carlona dentro provvedimenti che riguardano la dirigenza delle varie aziende, la dirigenza dell'Asur, che deve arrabattarsi dicendo a settembre, a tutte le aree vaste: "Ragazzi, c'è da risparmiare 3 milioni" e quelle cominciano a tagliare giù a rotta di collo, partendo magari dai consultori familiari o da altri aspetti che non hanno priorità rispetto alla sanità per acuti.

Questa strana soluzione, non dico chi me l'ha suggerita, ma è una personalità di altissimo livello e capacità, è un po' strana dal punto vista organizzativo, ma

oggettivamente Ancona è la più grossa provincia delle Marche, da sola contiene quasi 1/3 della popolazione, molto meno di 1/3 sta su Pesaro, ma lì l'Azienda già c'è, quasi la metà, il 45%, andrebbe nel sud delle Marche. Daremo, quindi, pari dignità organizzativa a questi 3 livelli e, ripeto, anche a questa famosa autonomia perché l'Azienda entrerebbe in un rapporto diretto con i territori, cosa che l'area vasta, in quanto tale, non ha la possibilità di fare.

PRESIDENTE Ha la parola il Consigliere Volpini.

Fabrizio VOLPINI. Pur comprendendo le riflessioni e le ragioni di cui adesso il Consigliere Marconi ci ha parlato, vale quello che abbiamo detto prima per l'area vasta montana e cioè che non è questa la sede per ridefinire gli assetti organizzativi del sistema.

Credo che ci dovrà essere un momento in cui ragionare a tutto tondo anche rispetto alle questioni che ha sollevato il Consigliere Marconi nel suo intervento. Sarà la revisione della legge 13 che ci dirà se ci saranno ulteriori aziende, se ci saranno aziende solo del territorio, piuttosto che aziende ospedaliere, quali livelli degli ospedali avremo, ma non è questa la sede, per questo motivo credo che questo emendamento sia da respingere.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Zaffiri.

Sandro ZAFFIRI. Grazie Presidente. Cerco di essere breve, questo emendamento rientra nel ragionamento, presentato dal Consigliere Giancarli, che abbiamo fatto prima sull'area vasta della montagna.

Non siamo contro questa cosa, siamo contrari al metodo, altrimenti potevamo presentare anche altre proposte sulla ristrutturazione delle aziende ospedaliere della Regione Marche, pertanto, questo è da rinviare.

Se arriverà una proposta di riorganizzazione la discuteremo tutti insieme per vedere quali possono essere le soluzioni, potrebbero essere anche quelle presentate adesso dal Consigliere Marconi, ma in un altro contesto, in un'altra discussione, diversa da questa per l'approvazione del Piano, come ha detto giustamente il Consigliere Volpini.

PRESIDENTE. Ha la parola la Consigliera Pergolesi.

Romina PERGOLESI. Grazie Presidente. Trovo molto stimolante la riflessione del Consigliere Marconi. Mi chiedo come nella sua visione intenda gestire i servizi dell'Azienda sanitaria unica regionale che si occupa dei servizi per il territorio – non è un'Azienda ospedaliera - quando ci troveremo in un contesto in cui abbiamo un elisoccorso che ha il personale di volo alle dipendenze di Torrette e gli infermieri che, salendo a bordo non sono tutelati da questo punto di vista, sono alle dipendenze dell'Asur e non vedono il riconoscimento di un contributo per il tipo di attività e di formazione specializzata che fanno.

Vorrei capire in che maniera vuol declinare questo tipo di servizio, quello del territorio.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Giancarli.

Enzo GIANCARLI. Per riallacciarmi anche a quanto è stato detto sino ad ora sia su questo che sul punto precedente.

Considero interessante e puntuale la proposta del Consigliere Busilacchi di presentare immediatamente una proposta di legge per il riordino istituzionale, questa cosa credo che il Consigliere Marconi la capisca bene, tra l'altro, ritornando anche all'area vasta montana, penso che, l'ha detto il Consigliere Busilacchi, quando affrontiamo quegli aspetti dobbiamo

collocarli dentro la specificità che le aree interne montane, soprattutto quelle montane, hanno con il fattore distanza, che influisce sempre.

Queste cose le dico non perché voglio mettere chissà quale bandierina, non le ho mai messe, non mi interessano, faccio precedere i fatti alle parole, ma l'incarico istituzionale più lungo l'ho avuto alla Comunità montana di Fabriano, quindi ho avuto modo di confrontarmi, so che se ci investiamo troviamo anche le risorse umane, se non ci investiamo non troviamo nulla.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Marconi.

Luca MARCONI. In deroga, Presidente, visto che qualcuno mi ha interpellato in questo senso, non è un fatto personale, ma un semplice dialogo.

Non la faccio lunga, faccio solo una considerazione, è evidente che siamo a due mesi dalle elezioni, quindi, la questione più grossa, che era quella relativa alla riorganizzazione strutturale della sanità, l'abbiamo evasa.

Qui non stiamo decidendo niente ed è ancora peggio! Se questa fosse la legge regionale 13 potrei capire, ma qui non stiamo decidendo niente, abbiamo avuto un anno di tempo per ragionare su linee d'indirizzo che miravano ad avere l'aziendalizzazione o una separazione fra acuti, o le aree interne, o quattro Asur tagliate a croce - potremmo farne due sulle aree interne e due sull'area marina - potevamo fare qualsiasi cosa, ma erano indirizzi, ma non siamo riusciti a fare la quadratura neanche all'interno maggioranza, secondo me, neanche all'interno della minoranza, perché ogni cosa che si dice diventa problematica.

Capisco che la questione non è rinviata alla proposta di legge, di cui ha parlato il Consigliere Busilacchi, cioè fra 12 giorni, il tema è rinviato a luglio, quando dopo le

elezioni ci saranno cinque anni di tempo per ragionarci, e questo lo capisco, però rimane comunque un indirizzo e questo è un po' troppo specifico.

La domanda che fa la Consigliera Pergolesi è pertinente: che fine fa l'Inrca dentro l'area vasta centro? Non lo so, è semplicemente un'indicazione, potevamo scrivere insieme un emendamento in cui prevedere: "principio: divisione fra acuti e non acuti; principio: area interna gestita con criteri diversi, magari con delle sub aree vaste". Si dovevano dare delle indicazioni di massima, non ci siamo riusciti, pazienza.

PRESIDENTE. Emendamento 9. Lo pongo in votazione.

Favorevoli: Celani, Marconi, Urbinati.

Contrari: Biancani, Bissonni, Bora, Busilacchi, Carloni, Casini, Ceriscioli, Cesetti, Giacinti, Giancarli, Mastrovincenzo, Micucci, Minardi, Rapa, Traversini, Volpini, Zaffiri, Zura Puntaroni.

Astenuti: Nessuno.

(L'Assemblea legislativa regionale non approva)

Subemendamento 10/1 a firma dei Consiglieri Volpini, Giancarli, modificativo dell'emendamento 10. Lo pongo in votazione.

Favorevoli: Biancani, Bissonni, Bora, Busilacchi, Casini, Ceriscioli, Cesetti, Giacinti, Giancarli, Mastrovincenzo, Micucci, Minardi, Rapa, Traversini, Urbinati, Volpini.

Contrari: Carloni.

Astenuti: Nessuno.

(L'Assemblea legislativa regionale approva)

Emendamento 10 a firma del Consigliere Giancarli, così come emendato. Lo pongo in votazione.

Favorevoli: Biancani, Bissonni, Bora, Busilacchi, Carloni, Casini, Ceriscioli, Cesetti, Giacinti, Giancarli, Leonardi,

Mastrovincenzo, Micucci, Minardi, Rapa, Sciapichetti, Traversini, Urbinati, Volpini, Zaffiri, Zura Puntaroni.

Contrari: Nessuno.

Astenuti: Nessuno.

(L'Assemblea legislativa regionale approva)

Sub emendamento 11/1 a firma del Consigliere Giancarli, modificativo. Lo pongo in votazione.

Favorevoli: Biancani, Bissonni, Bora, Busilacchi, Casini, Ceriscioli, Cesetti, Giacinti, Giancarli, Mastrovincenzo, Micucci, Rapa, Sciapichetti, Talè, Traversini, Urbinati, Volpini.

Contrari: Nessuno.

Astenuti: Nessuno.

(L'Assemblea legislativa regionale approva)

Emendamento 11 a firma del Consigliere Giancarli. Ha la parola il Consigliere Marconi.

Luca MARCONI. Non posso non manifestare un certo disagio di fronte a questo emendamento perché qualche mese fa sul passaggio di Cingoli dall'area vasta 2 all'area vasta 3 avevo detto che Cingoli sarebbe andato verso un possibile depotenziamento.

Qui non è scritto che Cingoli perde i posti di lunga degenza, però c'è scritto che devono essere creati ugualmente da un'altra parte e c'è un riferimento all'area jesina.

Lascio i punti interrogativi perché non dico mai le cose che non vedo, però qualcosa di strano c'era dietro questo tentativo. Che Cingoli, Poggio e Apiro - che poi abbiamo spostato, ma li abbiamo lasciati dentro l'ambito territoriale sociale - fossero un foruncolo che dava fastidio all'area vasta 2, questo non me lo leva dalla testa nessuno.

Non abbiamo voluto fare un referendum, che tutto sommato era un modo demagogico, ma molto politico, come si diceva una volta, una soluzione politica per risolvere la questione, anche questa non me lo toglie dalla testa nessuno. Questo solo per ricordarlo.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Giancarli.

Enzo GIANCARLI. Brevemente, su Cingoli è ribadito: “fermo restando la dotazione di posti letto del medesimo comune di Cingoli”, poi con il subemendamento, che è stato già votato da quest’Aula, togliamo addirittura il numero equivalente, ma diciamo che un numero di posti nella riorganizzazione, negli incontri tecnici che si stanno facendo, si stanno valutando per far sì che i cittadini di Falconara, di Chiaravalle, di Jesi sud, di tutta la Valle Esina non debbano recarsi in altri territori, ma trovare lì la lungo-degenza.

Cingoli sta trovando la sua risposta con le riunioni che si stanno facendo dentro l’area vasta 3, così come previsto dalla legge, ma qui è ribadito; “fermo restando la dotazione”.

PRESIDENTE. Ha la parola la Consigliera Leonardi.

Elena LEONARDI. Grazie Presidente. Giusto per cercare di capire questa moltiplicazione dei posti letto dove e come può andare ad incidere.

Considerato che non credo si possano inventare dei nuovi posti letto, visto che dite che la coperta è corta, che non bastano, che li avete dovuti sopprimere durante l’estate, vorrei cercare di capire l’emendamento.

Io non sono contraria a prescindere, Consigliere Giancarli, posto che sono stata contraria fortemente alla modalità con cui è stato fatto il passaggio, con un atto d’imperio, ma penso che questo intervento

lasci un forte dubbio su dove questi posti letto vengono tolti per permettere di ricoprirli lì perché non credo, correggetemi se sbaglio, che possano essere attuati dei nuovi posti letto, se così è credo che sarebbe anche giusto valutare se e dove inserirli, se così non è, come immagino, penso che debbano essere tolti da altre strutture per essere messi lì. Credo che questo passaggio debba essere abbastanza chiaro, altrimenti uno vota per dare qualcosa in più e in realtà toglie a qualcun altro. Ritengo che questo crei ambiguità.

Non parlo solo di Cingoli, magari vengono tolti da un’altra parte nell’area vasta 2. Se è possibile moltiplicare, quindi trovare altri posti letto, crearli da nuovo, dato che oggi li abbiamo tutti occupati, dove vengono presi? Ai posti letto corrispondono delle risorse, dove le prendiamo, se abbiamo un vincolo che ci ha obbligato, l’avete detto voi, a tagliare il numero dei posti letto per 3.7 per X abitanti? Come facciamo a recuperarli? Dove si prendono?

Credo che sia necessario fare un po’ di chiarezza perché se questo emendamento viene approvato sappiamo che questi posti da qualche parte dovranno essere presi. Se si possono creare da nuovo, senza toccare altro, tutti siamo d’accordo, se vanno tolti da qualche altra parte, credo che vada fatto un approfondimento per poter fare un voto consapevole.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Zaffiri.

Sandro ZAFFIRI. Credo che l’intervento della Consigliera Leonardi abbia centrato il problema. Stiamo parlando di circa 40 posti, se c’è una risposta politica che prevede 40 posti in più nell’area vasta 2 è giusto l’emendamento del Consigliere Giancarli, che io voto con due mani, però è chiaro che all’emendamento va fatto un subemendamento, se c’è una risposta immediatamente positiva, che prevede la

creazione di 40 posti letto nell'area vasta 2.

Sono perfettamente d'accordo, anzi, chiedo al Segretario dell'Assemblea se si può presentare un subemendamento con cui chiedere 40 posti, perché di questo stiamo parlando e noi lo voteremo a 4 mani.

PRESIDENTE. Ha la parola il Presidente Ceriscioli.

Luca CERISCIOLI. Se uno legge l'emendamento com'è scritto, che parla di cure intermedie che non hanno un tetto, che problema c'è? Una cosa è il posto letto che ha un tetto, un posto letto per acuti 3,7, ma qui si parla di post-acuzie e cure intermedie, anzi leggo molto positivamente questa impostazione perché le cure intermedie sono la lungodegenza territoriale, quindi mi sembra molto valida l'idea di dare la possibilità a chi esce dall'ospedale di andare in un posto letto di cure intermedie.

(interrompe il Consigliere Zaffiri)

Luca CERISCIOLI. Non c'è un tetto, non c'è un vincolo.

Le cure intermedie sono poco conosciute e nei miei report ancora non le mettono perché sono abituati ad altri codici, ed io tutte le volte insisto perché vengano riportate anche perché abbiamo attivato centinaia di posti letto in più anche di cure intermedie, che sono il massimo livello territoriale. Fra una lungodegenza e una cura intermedia ci sono 4 euro di differenza al giorno, 4 euro perché il posto ospedaliero è qualificato dalla caratteristica del posto letto o dal costo. Se il costo supera una determinata cifra, anche se lo chiamiamo posto letto territoriale, lo dobbiamo qualificare come ospedaliero.

Le cure intermedie sono una creazione di questa Regione, imitata anche da altre, che pone un livello massimo di assistenza sanitaria territoriale, che sta pochi euro sotto quella soglia. C'è poi il discorso sulle cure primarie, sui medici di medicina generale,

dell'impegno in una situazione di deficit di medici, medici che possono seguire attentamente i loro pazienti. Parliamo di figure che hanno una difficoltà ad essere dimessi e mandati a casa, questo è il senso delle cure intermedie.

PRESIDENTE. Ha la parola, per dichiarazione di voto, il Consigliere Marconi.

Luca MARCONI. Grazie Presidente. Il chiarimento, secondo me, c'è stato, soprattutto grazie all'intervento del Presidente Ceriscioli.

A quanto mi risulta i posti letto per lungodegenza a Cingoli erano 10/15, non certamente 40, il resto riguardavano le cure intermedie, però rimango sempre dell'idea dei 3 comuni come foruncolo fastidioso dell'area vasta 2 e non come soluzione positiva per loro.

Ritengo che, in coerenza con quello che è stato fatto per il comune di Mondolfo, per il quale avete detto, e non lo avete votato, che era una soluzione un po' troppo particolare, questa mi sembra una soluzione altrettanto particolare anche se c'è la legge dietro.

Mi ricordo che per l'assegnazione dei posti, e parliamo di centinaia di posti, c'è stato solo un atto in questi cinque anni, è stata fatta con delibera di Giunta regionale e l'abbiamo vista in Commissione, quello è l'atto che determina, non deve essere un Piano che dice se ci devono stare o no dei posti letto. E' una preoccupazione che conferma che, come si dice *excusatio non petita, accusatio manifesta*, è stato detto e stradetto, doveva essere così, però attenti, bisogna anche metterli da quest'altra parte.

Mi sembra una cosa che si regge male, quindi, come non ho votato per quello di Mondolfo, per dato di coerenza, non voterò neanche questo.

PRESIDENTE. Emendamento 11, così come emendato. Lo pongo in votazione.

Favorevoli: Biancani, Bissoni, Bora, Carloni, Casini, Celani, Ceriscioli, Cesetti,

Giacinti, Giancarli, Leonardi, Malaigia, Mastrovincenzo, Micucci, Rapa, Sciapichetti, Traversini, Volpini, Zaffiri, Zura Puntaroni.

Contrari: Talè.

Astenuti: Nessuno.

*(L'Assemblea legislativa regionale
approva)*

Emendamento 12 a firma della Consigliera Leonardi, ha chiesto la parola, ne ha facoltà.

Elena LEONARDI. Grazie Presidente. Questo è uno degli emendamenti che ripresento perché non ha trovato accoglimento nella discussione della Commissione, ma reputo che oggi possa trovarlo, visto che è introdotto in un altro capitolo, che è quello dell'assistenza ospedaliera ed emergenza urgenza.

Chiedo per la struttura ospedaliera di Loreto, sede di pellegrinaggi mariani e meta turistica internazionale, oltre che evento giubilare unico al mondo - l'Assessore Pieroni ha fatto l'emendamento come il mio, che era stato cassato dalla Commissione. Questo si introduce in un punto diverso del Piano, altrimenti sarebbero stati inseriti nello stesso punto, però il succo è lo stesso, quindi immagino che verrà finalmente approvato - di prevedere la fattispecie di presidio ospedaliero di base, dotato almeno di un punto di primo intervento con osservazione breve intensiva, i presidi ad elevato flusso turistico con accessi agli attuali PAT pari o superiori agli 8.000 accessi all'anno, in cui garantire le attività di ricovero e di medicina interna, anestesia e attività h24 di radiologia, laboratorio ed emodinamica. Grazie.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Micucci.

Francesco MICUCCI. Non mi sembra che i due emendamenti siano identici,

Consigliera Leonardi, nel senso che c'è la prima parte che riprende il Giubileo e gli 8.000 posti, poi però, come nel precedente emendamento, c'è l'ultima parte che introduce un concetto diverso sui servizi che oggi non sono presenti e che non potrebbero neanche essere presenti, quando parla di anestesia, attività h24 di radiologia, laboratorio ed emoteca.

L'emendamento presentato dall'Assessore Pieroni esprimeva questo concetto ed è già stato approvato, credo che questo invece non si possa approvare.

Colgo l'occasione, senza poi intervenire, vista la richiesta di accelerare venuta da più parti, per evidenziare che ci sono una serie di emendamenti, da qui in avanti, che sono stati già discussi e bocciati in Commissione, che vengono legittimamente ripresentati, sui quali mi sento di poter dire che dovremmo bocciarli nuovamente, anche in Aula. Grazie.

PRESIDENTE. Ha la parola la Consigliera Pergolesi.

Romina PERGOLESI. Grazie Presidente. Siccome noto l'assenza dell'Assessore Pieroni e siccome si parla della sua amata Loreto, chiedo, visto che c'è l'appello nominale, se qualche collega vuole informarlo della votazione di questo emendamento.

A questo punto, visto che si rimetterà mano all'assetto organizzativo/aziendale con una proposta di legge, propongo un'area vasta del Vaticano a Loreto.

PRESIDENTE. Emendamento 12. Lo pongo in votazione.

Favorevoli: Carloni, Celani, Leonardi, Malaigia, Zaffiri, Zura Puntaroni.

Contrari: Bisonni, Bora, Busilacchi, Ceriscioli, Cesetti, Giacinti, Giancarli, Mastrovincenzo, Micucci, Minardi, Rapa, Sciapichetti, Talè, Traversini, Urbinati, Volpini.

Astenuti: Nessuno.

(L'Assemblea legislativa regionale non approva)

Emendamento 13 a firma della Consigliera Leonardi, ha chiesto la parola, ne ha facoltà.

Elena LEONARDI. Grazie Presidente. Questo emendamento che ho illustrato anticipandolo nel mio intervento iniziale, riguarda le zone terremotate del cratere. Quindi chiedo: "Analogamente per gli ospedali di comunità, posti entro 30 chilometri dal cratere del sisma 2016, di cui al decreto legislativo 189/2016, convertito in legge n. 229/2016, in coerenza con la normativa nazionale e il decreto-legge 28 settembre 2018, n. 109, convertito in legge n. 130/2018, sono ripristinate le funzioni di presidio ospedaliero di base, dotato di punto di primo intervento con osservazione breve intensiva e che garantiscano attività di ricovero in medicina interna, chirurgia generale, anestesia ed attività h24, in pronta disponibilità, di radiologia, laboratori ed emoteca". Un'opportunità della normativa nazionale che credo dobbiamo sfruttare. Grazie.

PRESIDENTE. Emendamento 13. Lo pongo in votazione.

Favorevoli: Celani, Fabbri, Giorgini, Leonardi, Maggi, Malaigia, Pergolesi, Zaffiri, Zura Puntaroni.

Contrari: Busilacchi, Casini, Ceriscioli, Cesetti, Giacinti, Giancarli, Mastrovincenzo, Micucci, Minardi, Rapa, Sciapichetti, Traversini, Urbinati, Volpini.

Astenuti: Nessuno.

(L'Assemblea legislativa regionale non approva)

Emendamento 14 a firma della Consigliera Leonardi, ha chiesto la parola, ne ha facoltà.

Elena LEONARDI. Grazie Presidente. Qui ho una serie di emendamenti, alcuni

magari li illustro insieme e sono legati al presidio ospedaliero di Cingoli che veniva posto, per quanto mi riguarda, al pari anche nella dicitura e a fianco dei due ospedali di Pergola e di Amandola.

PRESIDENTE. Emendamento 14. Lo pongo in votazione.

Favorevoli: Carloni, Celani, Leonardi, Malaigia, Zaffiri, Zura Puntaroni.

Contrari: Busilacchi, Casini, Ceriscioli, Cesetti, Giacinti, Giancarli, Mastrovincenzo, Micucci, Minardi, Pieroni, Rapa, Sciapichetti, Traversini, Urbinati, Volpini.

Astenuti: Nessuno.

(L'Assemblea legislativa regionale non approva)

Emendamento 15 a firma della Consigliera Leonardi, ha chiesto la parola, ne ha facoltà.

Elena LEONARDI. E' analogo, la dicitura del Piano distingue nel discorso del presidio ospedaliero di area disagiata e fa una distinzione fra Amandola e Pergola ed inserisce poi Cingoli, Cagli, Sassocorvaro, io chiedo che Cingoli sia messo a fianco di Pergola ed Amandola. Grazie.

PRESIDENTE. Emendamento 15. Lo pongo in votazione.

Favorevoli: Carloni, Celani, Leonardi, Malaigia, Zaffiri, Zura Puntaroni.

Contrari: Busilacchi, Casini, Ceriscioli, Cesetti, Giacinti, Giancarli, Mastrovincenzo, Micucci, Minardi, Rapa, Sciapichetti, Traversini, Urbinati, Volpini.

Astenuti: Nessuno.

(L'Assemblea legislativa regionale non approva)

Emendamento 16 a firma della Consigliera Leonardi, ha chiesto la parola, ne ha facoltà.

Elena LEONARDI. Dopo le parole “in zone particolarmente disagiate”, inserisco le seguenti: “sono altresì presidi ospedalieri di base, dotati di almeno un punto di primo intervento con osservazione breve intensiva, i presidi ad elevato flusso turistico con accessi agli attuali PAT, pari o superiori agli 8,000 accessi l’anno; in essi vengono garantite ...”, è lo stesso per Loreto, l’ho esteso anche agli altri che hanno analoga caratteristica in modo da non fare una cosa solo per Loreto.

PRESIDENTE. Emendamento 16. Lo pongo in votazione.

Favorevoli: Leonardi, Malaigia, Zaffiri.

Contrari: Busilacchi, Casini, Ceriscioli, Cesetti, Giacinti, Giancarli, Mastrovincenzo, Micucci, Minardi, Rapa, Sciapichetti, Traversini, Urbinati, Volpini.

Astenuti: Nessuno.

(L’Assemblea legislativa regionale non approva)

Emendamento 17 a firma della Consigliera Leonardi, ha chiesto la parola, ne ha facoltà.

Elena LEONARDI. Grazie Presidente. Illustro insieme gli emendamenti nn. 17 e 18 perché riguardano l’ospedale di Pergola.

Mi sono fatta carico della richiesta venuta dal territorio di avere per il presidio di Pergola unicamente la dicitura “presidio di area disagiata”, per questo sposto il nome “Pergola”, da una parte lo abrogo e lo inserisco ridefinendo la dicitura, che leggo: “la Regione Marche ha la presenza sul territorio di diverse aree particolarmente disagiate a causa delle condizioni geomorfologiche, infrastrutturali e di vulnerabilità sismica, per questo il Piano prevede per le strutture ospedaliere di Amandola e Cingoli, situate in aree disagiate, in coerenza con i criteri della programmazione nazionale, le funzioni di presidio ospedaliero con pronto soccorso o,

in subordine, di presidio ospedaliero in zone particolarmente disagiate”.

Nell’emendamento n. 18 si toglie la dicitura del Comune di Pergola, che rimane come area disagiata e non prevalentemente disagiata.

PRESIDENTE. Emendamento 17. Lo pongo in votazione.

Favorevoli: Carloni, Celani, Leonardi, Malaigia, Marconi, Zaffiri.

Contrari: Busilacchi, Casini, Ceriscioli, Cesetti, Giacinti, Giancarli, Mastrovincenzo, Micucci, Rapa, Sciapichetti, Traversini, Urbinati, Volpini.

Astenuti: Nessuno.

(L’Assemblea legislativa regionale non approva)

Emendamento 18 a firma della Consigliera Leonardi. Lo pongo in votazione.

Favorevoli: Carloni, Celani, Leonardi, Malaigia, Zaffiri.

Contrari: Busilacchi, Casini, Ceriscioli, Cesetti, Giacinti, Giancarli, Mastrovincenzo, Micucci, Rapa, Sciapichetti, Traversini, Urbinati, Volpini.

Astenuti: Nessuno.

(L’Assemblea legislativa regionale non approva)

Emendamento 19 a firma dei Consiglieri Talè, Traversini. Ha la parola il Consigliere Traversini.

Gino TRAVERSINI. Grazie Presidente. E’ solo una piccola specifica perché noi abbiamo già previsto, e ne abbiamo parlato per quanto riguarda gli ospedali e le aree disagiate, Cingoli, Sassocorvaro e Cagli e la presenza di un medico dedicato H24.

Oltre che a dare risposte ai cittadini la specifica serve per attenuare il sovraccarico di lavoro presso gli ospedali di riferimento con pronto soccorso, cosa che abbiamo detto prima facendo gli esempi di Fano e

Urbino, così come altri, e questo vale anche per Cingoli, non solo per Sassocorvaro e Cagli.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Micucci.

Francesco MICUCCI. Riprendo velocemente quanto ho detto precedentemente per gli emendamenti dell'Assessore Pieroni, nel senso che l'argomento è stato già trattato, come ha detto il Consigliere Traversini, ed alcuni emendamenti sono stati già approvati dalla Commissione, siccome si tratta di una specifica, visto che abbiamo approvato anche gli emendamenti precedenti, penso che possiamo approvare anche questo.

PRESIDENTE. Ha la parola la Consigliera Pergolesi.

Romina PERGOLESÌ. Giusto per capire cosa si intende esattamente per prestazioni di media e bassa intensità assistenziale perché se si vota a favore di questo avreste dovuto votare anche a favore di quanto proposto dalla Consigliera Leonardi.

PRESIDENTE. Emendamento 19. Lo pongo in votazione.

Favorevoli: Busilacchi, Casini, Ceriscioli, Cesetti, Giacinti, Giancarli, Leonardi, Malaigia, Marconi, Mastrovincenzo, Micucci, Minardi, Rapa, Sciapichetti, Talè, Traversini, Urbinati, Zura Puntaroni.

Contrari: Nessuno.

Astenuti: Nessuno.

*(L'Assemblea legislativa regionale
approva)*

Emendamento n. 20 a firma del Consigliere Giorgini, ha chiesto la parola, ne ha facoltà.

Peppino GIORGINI. Grazie Presidente. Questo emendamento è semplicissimo nel

senso che si parla di equità. Ho inserito quello che in pratica riporta la delibera di Giunta n. 1554, che è stata poi comunicata al Ministero per i LEA.

Non c'è equità per il fatto che nelle cinque aree vaste, ho pochi minuti per dirlo, il Presidente l'ha detto, non si rispetta il decreto Balduzzi, difatti è così, con un bacino d'utenza di 360.000 abitanti in pratica la provincia di Pesaro ne consuma 600.000, la provincia di Ancona con 476.000 abitanti ne consuma, con gli ospedali che ha, 1.120.000, più del doppio, Macerata con un bacino di utenza di 320.000 abitanti ne consuma 460.000, la provincia di Fermo con un bacino d'utenza di 175.000 abitanti ha strutture secondo il Balduzzi per 230.000, Ascoli Piceno, come dico sempre al Presidente, la provincia dell'Alabama, con un ospedale di primo livello ha 150.000 su 220.000 abitanti.

Chiedo che rimanga quanto scritto nella delibera di Giunta regionale n. 1554: due ospedali di primo livello ad Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto. E' chiaro che questo significa avere equità, come gli altri territori che hanno sfiorato il decreto Balduzzi, tutte le aree vaste, non vedo perché noi dobbiamo avere un ospedale che per la Balduzzi vale 150.000 abitanti mentre invece abbiamo 210.000 più 80.000 della Val Vibrata. Chiedo semplicemente quello che il Presidente ha comunicato, che la Giunta ha comunicato al comitato LEA con la delibera n. 1554, è semplicissimo, chiedo solo questo.

PRESIDENTE. Ha la parola il Presidente Ceriscioli.

Luca CERISCIOLI. Il problema che spesso capita con l'area vasta 4 e 5 è che insieme fanno un'area vasta normale, come dimensione di abitanti, mentre prese separatamente ci possono apparenti contraddizioni.

Se facciamo il parallelo tra l'area vasta 1 e l'area vasta 4, 5 vediamo che nell'area

vasta 1 sono previsti due ospedali: Marche nord Urbino e Pergola, come struttura di base, teoricamente 150, 80, 380. Marche nord ha in più alcune alte specializzazioni, che vanno conteggiate con le altre della regione, per esempio, la neurochirurgia fra Torrette e Marche Nord esauriscono il plafond regionale, la parte di emodinamica no, la brest no, e così via.

Se noi mettiamo insieme, per avere una stessa dimensione, l'area vasta 4 e 5, non per unirle, ma per avere una stessa misura, cosa troviamo? Due ospedali di primo livello, Fermo e l'ospedale nuovo e Amandola ospedale di base, quindi verrebbe 150, 150 e 80. Se noi mettiamo insieme le alte specializzazioni che ha Ascoli Piceno e che ha San Benedetto del Tronto, di nuovo tolta la neurochirurgia che non ci sta, occupano un bacino che supera la dimensione per esempio di Fermo, che non ha neanche una alta specializzazione, che sono tutte nella parte dell'ascolano in un quadro di visione unitaria, un po' come Urbino che non ha alte specializzazioni, ma le ha Marche nord.

Facendo un parallelo servizio per servizio le differenze sono assolutamente minime e quindi non c'è nulla da riequilibrare.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Giorgini.

Peppino GIORGINI. Presidente, mi scusi, ne abbiamo parlato tanto, a parte le specializzazioni, voi a Pesaro avete l'Azienda ospedaliera che comprende anche Fano, lo avete classificato di primo livello ...

(interrompe il Presidente Ceriscioli)

Peppino GIORGINI. Voi volete togliere Ascoli Piceno che deve servire 1000 chilometri quadrati di zona cratere, togliamo San Benedetto del Tronto e ne facciamo uno di primo livello, quindi per il Balduzzi è 150.000 ...

(interrompe il Presidente Ceriscioli)

Peppino GIORGINI. E' così, non perdiamo i pezzi, Presidente, anche perché Fermo ha strutture per 230.000 abitanti, l'ospedale di Fermo di primo livello ha 150.000 abitanti, Amandola 80.000, sono 230.000, di abitanti ne ha 175.000, quindi sfora e noi perché dobbiamo essere sotto pesati? Se chiudiamo Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto ... come no e che fine faranno?

(interventi fuori microfono)

Peppino GIORGINI. Presidente, avete detto di tutto e di più, tre ospedali è impossibile ... ma ne abbiamo parlato bene io e lei Presidente, adesso che fa mi rigira le carte? Sì, lei fa il voltafaccia!

(interrompe il Presidente Ceriscioli)

Peppino GIORGINI. Mi faccia capire, rimangono tre ospedali e tutti e tre hanno gli acuti? Oppure due in realtà non sono ospedali, perché non si possono chiamare così, ma "strutture di ricovero", questo voglio capire.

PRESIDENTE. Ha la parola il Presidente Ceriscioli.

Luca CERISCIOLI. A parte che nel conteggio ci si scorda sempre che fra Ascoli Piceno e Fermo ci sono quattro cliniche private, ma queste ce le scordiamo nella giustizia perché sono straniere, ci dimentichiamo di quattro cliniche private: una ad Ascoli Piceno, due a San Benedetto del Tronto, una a Fermo, Villa Verde. Scordiamoci di quattro strutture ospedaliere.

Quando abbiamo discusso io e lei abbiamo parlato di strutture di primo livello con tutte le specialità ed alte specialità e una struttura di base, quindi torna esattamente come nell'altra area vasta.

(interrompe il Consigliere Giorgini)

Luca CERISCIOLI. Quando parliamo di una piastra dell'emergenza, è H ...

(interrompe il Consigliere Giorgini)

Luca CERISCIOLI. Non si farà, però nel conteggio torna.

(interrompe il Consigliere Giorgini)

Luca CERISCIOLI. Quella è da parte dei Sindaci che noi non ascoltiamo, come è stato in tutte le aree vaste. Noi non ascoltiamo i Sindaci, ma raccogliamo raccolto le loro proposte, noi non li ascoltiamo e nel non ascoltarli raccogliamo le loro proposte.

I conti tornano perfettamente, anzi avanzano.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Urbinati.

Fabio URBINATI. Non posso non intervenire in questa discussione. Ho avuto tanta pazienza, volevo intervenire sul mio ordine del giorno, però questa discussione prendetela anche come uno sfogo perché poi vi farò vedere qualcosa che ho portato per cercare di riassumere, di far capire e dire a questa Assemblea regionale dove si è spostata la discussione, non solo nel mio territorio, ma un po' ovunque. Consigliere Giorgini lo dico a lei e a chi è del mio territorio.

In questi giorni abbiamo vissuto la questione della A14, della mancanza della terza corsia, ricordo le discussioni fatte, c'era chi voleva l'arretramento della A14, l'ex amministratore di Autostrade 20 anni fa disse: "Fra 30 anni inizieremo a parlarne", quindi non abbiamo fatto terza corsia, né la bretella collinare che all'epoca era fattibile, ma non lo abbiamo fatto per colpa nostra, va bene? Quindi se oggi andiamo a dire al Presidente Ceriscioli, al sistema sanitario

regionale: "Tanto tu ne fai uno solo e noi ne facciamo altri", è chiaro che alla fine il problema siamo noi e non il sistema regionale.

Le dico invece, in maniera chiara, che io l'ospedale nuovo nel mio territorio lo voglio, lo pretendo, come si fa in altre aree vaste. Se l'ospedale va localizzato dove dice quella delibera a San Benedetto del Tronto rimane un ospedale di base, perché la città di San Benedetto del Tronto, insieme alla Riviera delle palme, insieme alla Val Menocchia, ha 83.000 abitanti, siamo quindi perfettamente dentro al decreto Balduzzi e non dobbiamo chiedere niente a nessuno.

L'altro ospedale si costruisce, come hanno fatto a Pesaro, con l'accordo che ha fatto il Comune di Fano con la Regione Marche, quindi pari dignità per tutti.

Ciò va detto in questo consesso, non "tanto da noi non lo fate" il mio ordine del giorno dice questo, noi chiediamo pari dignità con gli altri, poi se l'ospedale si farà ... Vi farò vedere perché nel mio territorio si è discusso di sei chilometri e di cinque minuti di percorrenza, ad Ascoli Piceno si è discusso per 2 anni di sei chilometri e di cinque minuti di percorrenza con l'auto, di questo si è dibattuto.

Credo che le future generazioni ci malediranno un domani se non diamo un ospedale nuovo al nostro territorio.

Mi fermo qui, quando illustrerò l'ordine del giorno sarò molto più chiaro perché io sono qui per fare l'interesse del mio territorio, quindi chiedo alla mia maggioranza, chiedo alla Regione quello che ci spetta, non dico: "Tanto tu quello non lo fai", se non si farà saranno cavoli di chi l'ha progettato, di chi verrà dopo, io adesso pretendo pari dignità con gli altri.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Zura Puntaroni.

Luigi ZURA PUNTARONI. Grazie Presidente. Ho chiesto di parlare ma forse sarebbe meglio rimanere in silenzio perché di fronte a questa tristezza ...

Il dramma è che lì si è discusso per 6 chilometri, se vi avessero sentito le persone con cui parlavo l'altra sera vi avrebbero impiccato tutti quanti!

Questo è un ambiente confuso, dove regna il nulla ed io mi domando: che ci sto a fare qua dentro?

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Celani.

Piero CELANI. Non voglio partecipare a questo derby, però devo dire che se le cose stanno in questo modo, sia Ascoli Piceno che San Benedetto del Tronto hanno la dignità per avere l'ospedale di base, su questo non ci sono dubbi, perché se ci sono 80.000 abitanti a valle di Ascoli Piceno ce ne sono altrettanti a monte, compreso l'entroterra.

Andrei un po' cauto sulla necessità della realizzazione del nuovo ospedale in questo momento, è chiaro che così come stanno le cose non ci sono rischi per la chiusura degli ospedali di Ascoli Piceno e di San Benedetto Tronto, che mi sembra proprio una assurdità, i numeri ci sono per i due ospedali di base.

Per quanto riguarda il nuovo ospedale aspetterei una condivisione con tutto il territorio perché questa operazione non è stata condivisa al 100%, il territorio deve ragionare all'unisono, però impostarlo in questo modo, come un derby, un po' più giù, un po' più su, non ha senso, quindi in questo momento non lo farei.

PRESIDENTE. Ha la parola l'Assessore Casini.

Anna CASINI. Grazie Presidente. Si parla di democrazia, che è fatta di regole che ci possono non piacere, come la regola che prevede come si vota nell'Assemblea dei Sindaci, ma questo è, si vota per teste, non per rappresentanza territoriale.

Com'è andata? Si parla di algoritmo, come se la matematica fosse diventata

ostile, nel caso dell'area vasta 5 è servito perché il dibattito sull'ospedale, malgrado fosse iniziato più di 20 anni fa, non arrivava a nessuna conclusione, quindi, il Presidente Ceriscioli un bel giorno ha deciso di far girare un algoritmo, che non è una bestemmia, è una cosa banale, dipende da quello che ci metti, dipende da quali indicatori si inseriscono. Nel caso di specie il Presidente aveva inserito il tempo di percorrenza da una parte all'altra della provincia di Ascoli Piceno, ovviamente questo è legato al tipo di viabilità, perché se uno sta sulla superstrada ha un tipo di velocità e di tempo di percorrenza, se invece si trova ad Arquata, o a Montegalfo, o a Comunanza, o sulla Val Menocchia ne ha un'altra completamente diversa. Quindi il dibattito non è Ascoli/San Benedetto, il dibattito, vorrei ricordare, è Val Tesino/Val Menocchia/Valle dell'Aso ..., sennò sembra che l'ascolano si svolge solo sulla Valle del Tronto, non è così perché c'è tanta popolazione che sta da un'altra parte.

Detto questo, sono stati invitati tutti i Sindaci, da Ascoli Piceno a San Benedetto del Tronto, ad individuare delle aree nei loro piani regolatori che fossero idonee. Cosa significa idonee? Dovevano avere almeno 20 ettari di pezzatura, pianeggianti e con caratteristiche geologiche e geomorfologiche compatibili.

Chi non ha mandato nemmeno una proposta? Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto non hanno presentato proposte, ne sono state presentate cinque che non sono state esaminate dall'algoritmo, ma dai tecnici della Regione Marche, che le hanno valutate da tutti i punti di vista, in particolare le connessioni con le infrastrutture esistenti ed è stata scelta un'area baricentrica, ma non rispetto ad Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto, che pure lo è, e sta esattamente a 12 chilometri da Ascoli Piceno e 13 chilometri da San Benedetto del Tronto. Una distanza impensabile se pensiamo al tempo di percorrenza di Roma.

Detto questo, si è scelta quest'area che è

tra la ferrovia, e c'è una stazione ferroviaria, e lo svincolo della superstrada Ascoli mare, una posizione dal punto di vista infrastrutturale ideale, perché c'è anche la stazione ferroviaria per cui uno può prendere il treno da Ascoli o da San Benedetto ed arrivare senza la necessità di prendere la macchina.

Il Presidente cosa ha fatto? Ha chiesto alla Conferenza dei Sindaci di esprimersi in merito a questa ubicazione, dicendo se ne volete un'altra la cambiamo, perché alla Regione o a me i 6, 7 minuti non interessano minimamente, non mi appassiona il dibattito dove costruire l'ospedale, mi interessa piuttosto come decliniamo le funzioni e i LEA sul territorio, perché se l'ospedale sarà un ospedale soltanto per acuzie e sarà un ospedale soltanto per le patologie più gravi, quelle di emergenza, per le chirurgie ... Oggi, per esempio, non so se lo sapete, nell'area vasta 5 chi ha un infarto deve andare all'ospedale di Ascoli, anche se è di San Benedetto o di Grottammare, viceversa chi è di Ascoli ed ha un ictus deve andare a San Benedetto, se viene qualcosa a uno che non sa dove andare ..., a Napoli direbbero "devi morire".

Io faccio l'architetto, per carità, e lo faccio pure male, ma a volte le diagnosi non sono semplici, è del tutto evidente che un'unica struttura, tecnologicamente avanzata, con posti letto ... Faccio l'architetto, e lo faccio male, ma dico che i posti letto non sono più quelli di una volta, un posto letto di acuzie oggi ha un tempo di utilizzo brevissimo, perché poi il paziente torna nel territorio, quindi ad Ascoli o a San Benedetto.

Per intenderci, nel nuovo ospedale ci saranno tutte le specialità che ha un ospedale di primo livello, in più ci sarà la radiologia interventistica. Grazie al lavoro fatto da questa Giunta abbiamo la chirurgia vascolare, l'ematologia, che non è una specialità che c'è in un primo livello, quindi avremo un primo livello avanzato e rimarranno due ospedali di base a San Benedetto ed Ascoli.

Mi rendo perfettamente conto che San Benedetto d'estate triplica il numero degli abitanti ed il Presidente Ceriscioli ha parlato più volte con il Sindaco e gli ha spiegato che ci sarà una piastra di chirurgia d'urgenza, è ovvio che ci sarà, come ci sarà un pronto soccorso.

Quando mi si chiede: il pronto soccorso risolve tutti i codici? Rispondo, ma se io ho un infarto e vengo all'ospedale di San Benedetto il codice rosso me lo risolvete? Se ho un ictus e sono all'ospedale di Ascoli il codice rosso me lo risolvete lì o mi dovete trasportare con l'ambulanza?

La questione non è la distanza, ma come è organizzata la sanità e mi permetto di dire che non basterà questo, le due strutture rimarranno, rimarranno per motivi molto semplici, perché servono e perché la lunga degenza è importante. Sono importanti anche gli ambulatori, sono importanti quei servizi più quotidiani rispetto alle acuzie e serviranno al territorio perché con la telemedicina ... Non so se voi, parlo per gli ascolani, avete visto quel gioiello che è stato inaugurato ad Arquata, il poliambulatorio di Arquata, dove un medico fa l'elettrocardiogramma, fa le ecografie ed è connesso con l'ospedale - in un mondo con questa tecnologia avanzata - certo quello è un caso raro, magari tutti voi foste come quel medico che sa di stare in mezzo alle montagne e pur di tenere i suoi pazienti, di non farli trasferire, soprattutto gli anziani, fa l'elettrocardiogramma, fa le foto e se c'è una lesione cutanea chiede la consulenza al dermatologo senza far spostare il paziente, senza andare ad intasare il pronto soccorso.

E' un'idea nuova di riorganizzazione socio-sanitaria nella quale credo profondamente e ci credo perché mi hanno convinto i sanitari, mi hanno convinto i medici, mi hanno convinto gli infermieri, mi hanno convinto le ostetriche che mi hanno detto: "Cara Anna, se in un punto nascita non hai un tot numero di nascite diventa pericoloso mandarci una donna a partorire".

Credo che sia più importante stare in sicurezza ed avere prestazioni ad un livello alto, soprattutto tecnologico, in un mondo che si evolve così velocemente, per cui ritengo che sia opportuno che tutti remiamo dalla stessa parte.

Quando ad Ascoli fu spostato l'ospedale dal centro storico a Monticelli successe un macello, c'era chi non voleva spostarlo per cui rimase vuoto per un anno e mezzo una volta ultimato, nessuno si voleva trasferire perché era lontano.

Penso che dobbiamo guardare un po' più in là del nostro naso e assumerci anche delle responsabilità. Certo, se avessi pensato alla mia personale posizione, al fatto che si vota fra quattro mesi, forse avrei detto teniamolo in un cassetto poi magari lo tiriamo fuori quando le elezioni ci sono state, ma ritengo che si debbano prendere delle decisioni e ci si debba mettere la faccia, questo lo faccio con convinzione e spero di non avervi annoiato.

Di questo ospedale se ne parla come se il Presidente non avesse spiegato la cosa, lo ha fatto in tutte le salse, per iscritto, ha seguito quello che hanno detto i Sindaci, però non piace la legge con la quale si vota ..., ragazzi, cambiamola e si voterà in un altro modo.

PRESIDENTE. Ha la parola la Consigliera Pergolesi.

Romina PERGOLESÌ. E' solo per annunciare che ho presentato un sub emendamento all'emendamento del Consigliere Giorgini perché c'era una svista sul nome di uno degli ospedali richiamati, quindi l'ho presentato per aggiustare questo piccolo dettaglio.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Giorgini.

Peppino GIORGINI. Qui non si tratta di un fatto tecnico, Presidente, qui si tratta di dignità del territorio, di un fatto politico, lo

capite che è politico o no? San Benedetto non accetterà mai che venga fatto l'ospedale a Pagliare, questo è il punto che dovete capire. La Conferenza dei Sindaci farà ricorso al Tar contro la delibera che avete fatto, su una cosa che è palese, anche un bambino di 7 anni capisce, perché la delibera che è stata fatta, sulla base della Conferenza dei Sindaci, Presidente, è stata fatta senza voto ponderato, quindi Palmiano con 300 abitanti ha votato ...

(interrompe l'Assessore Casini)

Peppino GIORGINI. Lei ha detto che ha deciso la Conferenza dei Sindaci, la legge regionale n. 22/1994 all'articolo 6 prevede: "Ad ogni Sindaco nella sua espressione di voto sono attribuiti tanti voti quanti sono gli abitanti residenti nel suo Comune secondo i dati dell'ultimo censimento Istat", quindi Palmiano non può decidere con soli 300 abitanti, come San Benedetto ed Ascoli.

(interventi fuori microfono)

Peppino GIORGINI. L'articolo 21 della legge 13 è stato annullato.

La Conferenza dei Sindaci può operare se c'è un regolamento, che non c'è, oltretutto è stato eletto un Sindaco che non poteva essere eletto, il Sindaco di Folignano non poteva essere eletto, ma doveva essere eletto il Sindaco del Comune dove ha sede l'Asl (Via delle Zeppelle, Ascoli), quindi doveva essere il Sindaco di Ascoli Piceno il Presidente della Conferenza dei Sindaci.

Questo dicono le leggi della Regione Marche, comma 3, articolo 6, legge regionale 22/1994: "Il Comitato dei Sindaci è presieduto di diritto dal Sindaco del Comune in cui ha sede l'Asl", quindi non è quello di Folignano, la Conferenza dei Sindaci deve nominare un Comitato dei Sindaci di 5 persone, è stata una votazione fatta ad hoc per fare l'ospedale a Pagliare, questa è la realtà, Presidente.

PRESIDENTE. Sub emendamento 20/1 a firma della Consigliera Pergolesi, l'ha presentato ora e lo leggo: "L'emendamento 20 è così modificato: le parole "ospedale unico Marche Nord" sono sostituite dalle seguenti "nuovo ospedale Marche Nord".

Sub emendamento 20/1. Lo pongo in votazione.

Favorevoli: Giorgini, Maggi, Pergolesi.

Contrari: Bora, Busilacchi, Casini, Ceriscioli, Cesetti, Giacinti, Giancarli, Mastrovincenzo, Micucci, Sciapichetti, Talè, Traversini, Urbinati, Volpini.

Astenuti: Nessuno.

(L'Assemblea legislativa regionale non approva)

Emendamento 20 a firma del Consigliere Giorgini. Lo pongo in votazione.

Favorevoli: Celani, Giorgini, Maggi, Pergolesi.

Contrari: Bora, Ceriscioli, Cesetti, Giancarli, Mastrovincenzo, Micucci, Minardi, Rapa, Sciapichetti, Talè, Traversini.

Astenuti: Nessuno.

(L'Assemblea legislativa regionale non approva)

Emendamento 21 a firma della Consigliera Leonardi, ha chiesto la parola, ne ha facoltà.

Elena LEONARDI. Grazie Presidente. Per accelerare i tempi illustro gli emendamenti 21, 22, 24 e ritiro il 23, che ripropone un concetto che già avete bocciato e sono convinta che non lo approverete ora.

Gli emendamenti 21, 22, 23 vanno letti insieme e riguardano la provincia di Ascoli Piceno per la quale, rispondendo ad una esigenza del territorio, chiedo: "In riferimento all'area vasta 5 viene istituita l'Azienda ospedaliera Marche Sud, su due plessi - ovviamente quello di San Benedetto e quello di Ascoli - entro 6 mesi

dall'approvazione del presente Piano. L'Azienda assumerà a riferimento obiettivi e criteri guida come la diagnosi e la cura delle patologie acute che necessitano in particolare di un livello di assistenza di media ed alta complessità, secondo una programmazione tale da soddisfare la domanda espressa dai cittadini della provincia di Ascoli Piceno nonché le province limitrofe marchigiane, abruzzesi, umbre e laziali, oltre alla garanzia della continuità dei percorsi di cura intesa come presa in carico globale dell'assistito in tutti i momenti del percorso".

L'altra parte che introduco è: "Nel caso dell'area interna picena, la costituzione di un'Azienda ospedaliera denominata Marche Sud, su due plessi, garantirà il rispetto delle esigenze delle popolazioni montane e collinari con risposte adeguate in termini di efficacia, sicurezza delle cure, qualità, nel rispetto della centralità del paziente e della dignità di questi cittadini.

Sempre rispondendo ad una richiesta del territorio, e su questo faccio chiarezza, quindi da registrazione rimane, si chiede l'abrogazione dell'ospedale unico di Spinetoli/Pagliare per completare il quadro con i due attuali ospedali a formare il presidio Marche sud.

Chiarisco: se l'ospedale di San Benedetto che sta ristretto e non va bene dove sta, lo volete rifare, ma è l'ospedale di San Benedetto nell'ottica dell'area vasta ...

Assessore, è difficile parlare con lei che interviene sopra, siamo stanchi, sono tante ore lei ha poi la possibilità di intervenire.

Ho cercato di dare una risposta ed una attuazione ad una richiesta di entrambi i territori, quindi anticipo la protesta del Consigliere Urbinati che mi dirà che la provincia di Ascoli Piceno non ha diritto a rinnovare le proprie strutture, non è questo, lo chiarisco in modo che non ci siano equivoci, la contrarietà è al nuovo ospedale di Spinetoli e la proposta è quella dell'Azienda ospedaliera Marche sud, così come era prevista anche nel vecchio Piano.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Urbinati.

Fabio URBINATI. Qualcuno aveva pensato che io oggi non sarei intervenuto e che mi tenessi tutto quanto in ultimo, ma sapevo che si sarebbe arrivati a questo punto.

Le amministrazioni parlano con gli atti, lei Consigliera Leonardi, Fratelli d'Italia, vuole negare al piceno la possibilità di fare un nuovo ospedale, si legge anche sulla stampa: "Fratelli d'Italia non vuole che l'area vasta 5, il Piceno, realizzi un nuovo ospedale". Sul Piano sanitario non c'è scritto da nessuna parte Ospedale unico, contesti la delibera della Giunta allora, che è l'atto propedeutico, iniziale, per la realizzazione di quell'opera.

Punto primo, parlano gli altri, ma io capisco da quale pulpito arriva questo emendamento, poi ho altre belle cose da farvi vedere.

Altro punto, Consigliera Leonardi, la stimo molto, lei è una che studia ed in pratica ci dice che vuol fare un'Azienda ospedaliera con 175.000 euro di budget, fantastico, contro ogni principio economico. In bocca al lupo, starebbe in piedi in maniera perfetta, perché mi auguro che lei sappia, avendo fatto l'emendamento, a quanto ammonta il budget dell'area vasta 5, sennò non si fa un emendamento del genere per chiedere l'Azienda sanitaria. Il budget dell'area vasta è di circa 400.000 milioni, però come sappiamo, e questo molti non lo sanno, il territorio, di cui purtroppo e soprattutto ad Ascoli abbiamo parlato poco, è molto di più, è superiore, sia come budget che come diffusione all'ospedaliera, il 40% è ospedaliero, il 60% è territorio. Chi vuole fare l'Azienda ospedaliera ad Ascoli? Eccoli qui, c'è il mio ex Sindaco e l'ex Sindaco di Ascoli Piceno, era dicembre 2012, guardate il titolo: "Intesa tra Sindaci sull'ospedale del piceno", mi ricordo i caroselli che la sera si fecero sia ad Ascoli che a San Benedetto per il risultato storico, tutto a verbale della

Conferenza dei Sindaci, che è anche qui in Regione,

Non è che il Presidente, io, la Vicepresidente, ci siamo svegliati la mattina dicendo: "Facciamo l'ospedale unico ad Ascoli", no, perché lo dissero i due Sindaci dell'epoca nel dicembre 2012, ecco le testimonianze, non vi voglio tediare con i verbali. Il Sindaco di Ascoli Piceno disse una cosettina per differenziarsi dall'altro: "Casomai - era il periodo in cui l'Azienda ospedaliera si poteva fare a differenza di ora - facciamo l'Azienda ospedaliera" ecco perché costringe lei, Consigliera Leonardi, a fare l'emendamento che non sta né in cielo né in terra.

Non sono contrario all'Azienda ospedaliera ed ho votato l'emendamento del Consigliere Marconi che istituisce l'Azienda ospedaliera Marche sud, perché con 600.000 abitanti e con le specialistiche che ci sono a Marche sud, da Macerata fino ad Ascoli, ci sarebbe la possibilità di far camminare economicamente, con le proprie gambe, l'Azienda ospedaliera.

L'Azienda ospedaliera con l'offerta sanitaria che dà non c'entra niente, è solo una questione di numeri e se Marche nord non funziona, noi non dobbiamo fare lo stesso errore, questo deve essere chiaro. Queste scappatoie politiche, per carità, ci stanno, ma io le conosco bene e so come è stato inquinato questo dibattito sull'ospedale, quindi le denuncio con forza.

Un'Azienda ospedaliera con 175.000 euro, ci sono i tecnici qui ed io sfido chiunque perché questi sono i numeri e sono incontrovertibili, ma stiamo scherzando?

Le consiglio di ritirare l'emendamento che prevede di togliere dal Piano sanitario la parola "nuovo ospedale area vasta 5", significa che sul Piano sanitario tutte le altre province avranno diritto ad avere un ospedale e quella di Ascoli no, perché non c'è scritto "nuovo ospedale in provincia di Ascoli".

Sono assolutamente contrario a questa cosa! Non c'è scritto da nessuna parte "ospedale unico" perché "ospedale unico" non sarà, questo è! Fra tutti coloro che sono intervenuti nessuno si è posto la domanda, forse l'ha fatto il Presidente nel suo intervento ... Cedo che in questo dibattito abbiamo avuto la possibilità di interagire con il personale sanitario, con i medici, con l'Università, ma ci siamo chiesti: dove sta andando la sanità del futuro? La sanità di qualità oggi cos'è?

Rimasi impressionato quando mi trovai nell'ospedale della mia città, ero ricoverato, c'era un tecnico della Siemens che stava facendo una manutenzione ospedaliera e mi disse: qua si parla di ospedali e oggi, siccome loro forniscono sale operatorie, tecnologie e tutto, soprattutto in Germania e all'estero quando si fa una clinica, soprattutto privata, te la danno chiavi in mano, tu fai i contratti sulle apparecchiature delle sale operatorie e la struttura te la faccio io. Mi disse una cosa che mi fece riflettere: gli ospedali moderni, per dare il senso di quello che sono, hanno un numero di parcheggi - dato fondamentale che ti dice dove va la medicina del futuro - che è quasi uguale al numero degli acuti che può contenere. Sapete che significa questo? Significa analisi del sangue, raggi, radiologie, tutte cose per cui la mattina si va in ospedale e non si trova parcheggio, non si deve andare in un ospedale per acuti, lì sta andando la medicina del futuro.

Dire che Ascoli Piceno è stato inaugurato nel 1972 e San Benedetto del Tronto nel 1962 significa dire che sono stati costruiti con tecnologie degli anni 50, dopo la seconda guerra mondiale, e noi vogliamo stare ancora con quelle, addirittura qui si vuole negare al mio territorio di avere un ospedale nuovo. Questo emendamento di Fratelli d'Italia è offensivo per tutta l'area vasta 5.

Capisco che qualcuno soffia sul fuoco, però non possiamo salvare la faccia a chi 10 anni fa era favorevole all'ospedale unico e

adesso ha cambiato idea perché, essendo con i populistici, va dietro al mal di pancia delle persone. Questo non lo permetto e va denunciato con forza.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Zaffiri.

Sandro ZAFFIRI. Grazie Presidente. L'emendamento presentato dalla Consigliera Leonardi ripropone le stesse condizioni già discusse. Si propone una modifica dell'Azienda ospedaliera Marche sud e non credo esistano le condizioni per votarlo. La Lega non ha votato neanche gli altri emendamenti presentati su questo argomento.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Celani.

Piero CELANI. Torno su questo aspetto, in quanto mi sono già espresso sull'emendamento del Consigliere Giorgini.

Sento dire delle cose un po' strane, che si deve avere necessariamente un ospedale nuovo perché non sono sicuri i due ospedali di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto. Faccio fatica a capirlo, se parliamo di aspetti sanitari è un discorso, ma se parliamo di strutture antichate, allora dovremmo radere al suolo tre quarti d'Italia, tutta Ascoli Piceno e tutta San Benedetto del Tronto. Non è così, non potete impostare il ragionamento sul fatto che l'ospedale di Ascoli non sia sicuro, è sicurissimo.

(interrompe il Consigliere Urbinati)

Piero CELANI. Il discorso va impostato da un punto di vista sanitario, non della sicurezza della struttura, questo è il discorso, non è così perché poi la gente non capisce. Stanno costruendo l'Inrca con dei dissipatori sismici che non sono a norma, quello sarà meno sicuro dell'ospedale di Ascoli, ve lo dico io perché li ho visti, ma non c'entra nulla.

Se vogliamo parlare di aspetti sanitari è un altro discorso, però vi dico, ad esempio, che all'interno dell'ospedale di Ascoli ci possiamo mettere tutte le tecnologie più moderne, è una scelta politica quella di fare un nuovo ospedale, non è una scelta tecnica, ha detto bene il Consigliere Giorgini. Di scientifico nell'ospedale di Ascoli ci si può mettere tutto quello che vi pare, non è questo l'aspetto, vi dico che avete comunicato molto male da questo punto di vista, poi se facciamo una scelta di carattere sanitario è un altro aspetto, ci mettiamo a sedere e discutiamo di tutto, ma se partiamo dal presupposto che necessita di un nuovo ospedale perché c'è un problema di viabilità, la viabilità si risolve con la bretella e con tante altre cose, su c'è un problema sismico - non è vero perché quel problema lì non esiste - addirittura l'ospedale è capiente di altri 200 posti letto, non è questo il problema.

Dopodiché sono disponibile a parlare se trattiamo di aspetti sanitari, ci mettiamo a sedere e parliamo di sanità, parliamo di eccellenze, parliamo di cosa metterci, ma se vogliamo fare l'ospedale a Pagliare o a Campolungo è un altro discorso. Questo è l'aspetto.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Zura Puntaroni.

Luigi ZURA PUNTARONI. C'è da aspettare la Consigliera Leonardi che sta preparando non so cosa ...

Penso che tutto questo dibattito sulla zona di Ascoli Piceno per me sia molto istruttivo, ma non è stato fatto per la zona in cui abito io. Quando all'inizio venne fuori il problema di dove mettere l'ospedale ci furono proposte molto equilibrate, di accostarsi giù a Sforzacosta in basso, che era sempre comune di Macerata, vicino al casello, vicino alla ferrovia, bilanciato con le strade in costruzione, quelle future e quelle presenti, non è stato possibile ...

(interventi fuori microfono)

PRESIDENTE. Ha la parola, per fatto personale, il Consigliere Urbinati.

Fabio URBINATI. Intervengo per fatto personale perché non si può mettere in bocca ad altri cose che non sono state dette su questioni così delicate come gli ospedali.

Un conto è dire che sono strutture che sono state costruite all'inizio degli anni '60, o addirittura progettate all'inizio degli anni '50, un conto è dire che non sono a norma, non scherziamo, nessuno ha detto che non sono strutture a norma, casomai lo dicono i tecnici.

Capisco che qualcuno che si appresta ad entrare nel club dei populistici vuole seminare panico, come è stato fatto negli ultimi anni, capisco che sia questo l'indirizzo, si cerca solamente di spaventare la gente dicendo che noi stiamo togliendo gli ospedali, insomma, di cosa parliamo?

Non si può affermare che qualcuno in quest'Aula abbia detto che gli ospedali di Ascoli e San Benedetto non sono a norma, non l'ha detto nessuno, lo possono dire solo i tecnici autorizzati. Questo è il chiarimento per fatto personale.

PRESIDENTE. Ha la parola la Consigliera Pergolesi.

Romina PERGOLESI. Grazie Presidente. Chiedo al Presidente Ceriscioli di verificare la notizia che è stata poc'anzi detta, se i dissipatori previsti per l'ospedale Inrca sono a norma o meno, magari ci tranquillizza da questo punto di vista. Grazie.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Busilacchi.

Gianluca BUSILACCHI. Come ho detto vorrei rimandare il dibattito sulle aziende a quando discuteremo la modifica della legge 13, però vorrei ricordare a tutti noi che per

diventare Azienda ospedaliera servono dei requisiti previsti dal d.m. 70, un DEA di secondo livello, almeno tre specialità di alto livello: neurochirurgia, radioterapia, chirurgia vascolare. Non è che ci svegliamo la mattina e battezziamo un ospedale perché vogliamo far contento qualcuno come Azienda ospedaliera, non si può fare.

Una cosa sono quelli fatti prima del d.m. 70, su cui potremmo discutere, ma farne oggi uno nuovo non è proprio possibile.

PRESIDENTE. Ha la parola il Presidente Ceriscioli.

Luca CERISCIOLI. Solo per confermare che sicuramente faremo una verifica.

Sub emendamento 21/1 a firma della Consigliera Leonardi, ha chiesto la parola, ne ha facoltà.

Elena LEONARDI. Grazie Presidente. Subemendo l'emendamento 21 che è quello che dà adito, e per quanto mi riguarda non deve farlo, a fraintendimenti.

E' evidente che si interviene sul testo, prima parlava di "ospedali unici", dopo aver cambiato la dicitura perché non piaceva, sono diventati "nuovi ospedali".

E' evidente che quando si parla degli ospedali unici o del nuovo ospedale dell'area vasta 5 si parla di quello di Spinetoli, quindi ho modificato l'emendamento che diventa sostitutivo e dice così: "Al capitolo 6 (le aree di intervento), paragrafo 6.3, pagina 54, al secondo capoverso dopo le parole 'Nuovo ospedale area vasta 5' sono aggiunte le seguenti: 'ma senza declassare i presidi ospedalieri di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto'". Se volete sostituire le mura di uno dei due perché sono obsolete, perché sono dentro la città, per qualsiasi motivo, lo potete fare, l'ospedale unico, lo dico per semplificare nell'immaginario, è una contrarietà dei cittadini.

PRESIDENTE. Sub emendamento 21/1. Lo pongo in votazione.

(interventi fuori microfono)

PRESIDENTE. Ripetiamo la votazione, però vi chiedo attenzione.

Favorevoli: Celani, Leonardi.

Contrari: Bora, Busilacchi, Casini, Ceriscioli, Cesetti, Giacinti, Giancarli, Mastrovincenzo, Micucci, Minardi, Pieroni, Rapa, Sciapichetti, Talè, Traversini, Volpini.

Astenuti: Nessuno.

(L'Assemblea legislativa regionale non approva)

PRESIDENTE. Questo era sostitutivo, a questo punto gli emendamenti 22 e 24 decadono ...

(intervento fuori microfono)

PRESIDENTE. Ha la parola la Consigliera Leonardi.

Elena LEONARDI. Scusi, Presidente, il 23 l'ho ritirato, però non comprendo perché gli altri decadono. Io ho presentato il subemendamento 21/1 che abrogava l'emendamento 21. Non capisco perché la costituzione dell'Azienda ospedaliera Marche sud dovrebbe decadere, sono separati anche se parlano dello stesso argomento.

PRESIDENTE. Va bene, votiamo, era sostitutivo, questa era la premessa.

Emendamento 22 a firma della Consigliera Leonardi. Lo pongo in votazione.

Favorevoli: Celani, Leonardi.

Contrari: Bora, Busilacchi, Casini, Ceriscioli, Cesetti, Giacinti, Giancarli, Mastrovincenzo, Micucci, Minardi, Rapa, Sciapichetti, Traversini, Urbinati.

Astenuti: Nessuno.

(L'Assemblea legislativa regionale non approva)

Emendamento 23 a firma della Consigliera Leonardi. Ritirato.

Emendamento 24 a firma della Consigliera Leonardi. Lo pongo in votazione.

Favorevoli: Celani, Leonardi.

Contrari: Bora, Busilacchi, Casini, Ceriscioli, Cesetti, Giacinti, Giancarli, Mastrovincenzo, Micucci, Minardi, Pieroni, Rapa, Sciapichetti, Traversini, Urbinati.

Astenuti: Nessuno.

(L'Assemblea legislativa regionale non approva)

Emendamento 25 a firma del Consigliere Volpini. Lo pongo in votazione.

Favorevoli: Bora, Busilacchi, Casini, Ceriscioli, Cesetti, Giacinti, Giancarli, Marconi, Mastrovincenzo, Micucci, Minardi, Pieroni, Rapa, Sciapichetti, Traversini, Urbinati, Volpini.

Contrari: Nessuno.

Astenuti: Nessuno.

(L'Assemblea legislativa regionale approva)

Emendamento 26 a firma del Consigliere Marconi, ha chiesto la parola, ne ha facoltà.

Luca MARCONI. Grazie Presidente. E' il quarto emendamento che presento sempre nella linea della non acuzie, del cosiddetto territorio, e in verità per questo emendamento avrei dovuto quasi sfacciatamente chiedere anche la firma del nostro Presidente Ceriscioli.

In sintesi ho cercato di scrivere quello che sento ripetere da 10 anni e che anche il Presidente non ha mai smentito. Non ho capito ancora perché questo emendamento non sia stato approvato in Commissione quando tutto sommato eravamo sostanzialmente favorevoli. Non propongo altro se non una riapertura, un nuovo accordo. Non stiamo dando una prescrizione di qualsiasi tipo a chicchessia,

tanto meno possiamo dare prescrizioni ai medici di medicina generale perché sono liberi professionisti con i quali ci si convenziona. Non c'è una direttiva prescrittiva nei confronti di questi soggetti.

A seguito del mio emendamento vedo che ne ha presentato, e penso che sia l'unico, uno il Consigliere Zaffiri, che in maniera molto più articolata fa tutto un ragionamento sui medici di medicina generale, ma, diciamo, che la filosofia è sostanzialmente la stessa.

Il mio emendamento è molto più rozzo rispetto a quello del Consigliere Zaffiri, ma lo potrebbe leggere anche mamma, che ha 85 anni, e capirebbe di cosa stiamo parlando, però, devo dire, che per la sanità è necessaria una cosa tipo quella fatta dal Consigliere Zaffiri perché bisogna essere precisi.

Cosa dice l'emendamento? Di raggiungere l'obiettivo di una corsia privilegiata nel ricovero per le prestazioni Lea di competenza della struttura e nell'uso della diagnostica ritenuta necessaria al fine di alleggerire le liste d'attesa ed evitare all'utente la ricerca di strutture e personale competente.

Questo emendamento è dentro le case della salute di tipo A e B e soprattutto di tipo C, i cosiddetti ospedali di comunità.

L'obiettivo è che all'interno di queste strutture, i famosi ospedali di cui abbiamo parlato prima, per i quali abbiamo immaginato fantasmagorici pronto soccorso nelle aree interne e non solo, facciamo quello che è possibile fare, ci concentriamo gli ambulatori e i medici di medicina generale perché questi sono sanità, non sono medici di serie B rispetto al medico ospedaliero, perché abbiamo ancora questa concezione. Se trovo il medico di medicina generale dentro la casa della salute, avrà a disposizione i posti di cure intermedie, a disposizione diretta la diagnostica, potrà far fare le analisi, un'ecografia, qualsiasi altra cosa e risolveremo una questione.

Colleghi, ho sentito tanti medici ospedalieri che lamentano giustamente il fatto che dal venerdì pomeriggio al lunedì mattina la sanità si desertifica, non c'è più niente se non il pronto soccorso degli ospedali di rete, non c'è più niente, non si trova più nessuno.

E' raro che un medico di medicina generale faccia servizio il sabato mattina, per il resto non c'è più niente, anche per le cose più semplici, poi ci lamentiamo che abbiamo una eccessiva concentrazione nei punti di primo intervento e soprattutto nel pronto soccorso.

Ho messo via il testo, l'ho letto prima al Consigliere Volpini, dell'emendamento 5/2 bis che abbiamo inserito nel Piano in Commissione, nel quale diciamo che è importante sostenere la sanità pubblica e aumentare l'efficacia, banalità di questo tipo ne abbiamo scritte tante, se questa viene considerata una banalità, sarà una banalità fra tante, ma semplicemente richiama la necessità di un nuovo accordo perché è evidente, Presidente Ceriscioli, che l'accordo che abbiamo fatto non ha funzionato, ma non per colpa nostra, perché l'adesione volontaria è stata quella che è stata, quindi, come ha detto il Consigliere Zaffiri in Commissione, ci vuole più ..., senno' la questione non funziona.

Qualcosa ci dobbiamo inventare, ma la sostanza è questa, è fondamentale che la rete dei 13 ospedali di comunità più le 10/15/20 case della salute costituite e costituende vengano immediatamente realizzate, per questo ho riproposto questo emendamento, nella speranza che venga approvato.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Micucci.

Francesco MICUCCI. Come ha ricordato il Consigliere Marconi questo argomento è stato ampiamente dibattuto in Commissione e come ricorderà certamente non c'era una contrarietà rispetto alla previsione o all'organizzazione, tanto che la

Regione, l'amministrazione, già da tempo si sta muovendo in questo senso.

Il tema della medicina generale purtroppo non è oggetto di questo Piano perché riguarda la normativa nazionale, il tema nazionale, e per quanto la Regione si vuole sforzare è una trattativa in corso a livello nazionale. Lo spazio di manovra delle Regioni, quindi anche della Regione Marche, con i sindacati di medicina generale è molto stretto e limitato.

Condivido personalmente che la medicina vada riorganizzata, che il ruolo del medico di base vada riorganizzato, che le guardie mediche vadano meglio sfruttate perché oggi sono sotto sfruttate ed sono poco utili al sistema sanitario. Sono tutti temi di cui purtroppo potremmo discutere a livello didascalico, ma non abbiamo gli strumenti per definirli.

Tenendo conto che l'adesione dei medici di base è su base volontaria, andare a forzare la mano in questi termini, senza una concertazione, senza una discussione preventiva, sembra una forzatura che probabilmente non aiuta all'obiettivo generale, che è quello di coinvolgere di più e meglio i medici di base. E' stata e sarà una bocciatura non nel concetto da lei espresso, ma nelle modalità, che probabilmente non sono quelle del Piano sanitario.

PRESIDENTE. Emendamento 26. Lo pongo in votazione.

Favorevoli: Busilacchi, Leonardi, Malaigia, Marconi, Zaffiri.

Contrari: Bora, Casini, Ceriscioli, Cesetti, Giacinti, Giancarli, Mastrovincenzo, Micucci, Minardi, Pieroni, Rapa, Sciapichetti, Talè, Traversini, Urbinati, Volpini.

Astenuti: Nessuno.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento 27 a firma del Consigliere Zaffiri, ha chiesto la parola, ne ha facoltà.

Sandro ZAFFIRI. C'è stata una circostanza favorevole e l'emendamento del

Consigliere Marconi è arrivato prima di quello presentato da me e dalla Lega. L'ho ripresentato non per la presunzione che venga approvato anche perché ho appena sentito il Consigliere Micucci dire: siamo d'accordo, ma non lo votiamo.

A parte che, come dice il Consigliere Marconi, il mio è un po' più dettagliato, ma l'ho presentato apposta in quest'Aula, che è l'organo sovrano della politica di questa Regione, e sono rimasto un po' esterrefatto perché la maggioranza non l'ha preso in considerazione, questo è un vero emendamento, caro Presidente, riformista e riformatore della sanità della nostra Regione perché abbiamo dei medici di medicina generale che, lo so, hanno una convenzione, caro Consigliere Micucci, però se non apriamo mai un dibattito serio ... Queste persone quando sono state audite in Commissione, il Presidente Volpini lo sa, hanno presentato una proposta in cui hanno fatto presente di essere disposti a ragionare sui problemi dei medici di medicina generale.

E' chiaro che so che si deve aprire una vertenza, mica sono completamente sprovveduto, lo so, si deve aprire una vertenza ed un confronto e occorre dialogare con questa categoria.

Parliamo di sanità e rispetto ai finanziamenti ed ai costi della sanità non possiamo pagare per una stessa attività due medici, perché noi paghiamo i medici di medicina generale ed i medici del pronto soccorso che in determinati casi fanno lo stesso lavoro.

So che nel contesto di questa Regione si cerca di dare delle responsabilità amministrative ai medici di medicina generale, glielie stiamo dando, ma va recuperata questa professionalità che è molto seria.

Pensavo che questo aspetto venisse recepito ai fini della discussione, perché se non si affronta questo problema, noi sul territorio e voi sul territorio, approvando il Piano sanitario regionale non darete

nessuna risposta ai territori per dei servizi sanitari al fianco dei cittadini.

Credo che questo sia un aspetto politico essenziale, molto importante, per poter aprire un dibattito e una discussione seria.

Questo era il nostro spirito e la proposta della Lega. Certo, non siamo presuntuosi tanto da pensare che venisse approvato, però questa è una cosa molto importante, purtroppo abbiamo registrato una chiusura netta sul vero cambiamento che riguarda il problema sanitario, questo politicamente mi dà fastidio, perché si poteva discutere e si poteva anche arrivare magari ad una conclusione, si poteva dire: "Per questo momento va bene, vediamo cosa si può fare successivamente", ragionando con l'intento di dare una risposta in termini seri. Si poteva arrivare anche ad altre formule tecniche per fare delle proposte serie di ragionamento.

Purtroppo questo non è avvenuto, politicamente ne prendo atto, so che verrà bocciato, come ha appena detto il Consigliere Micucci, ma credo che verrà bocciata gran parte della ristrutturazione sanitaria della nostra Regione, di questo ne sono matematicamente convinto.

PRESIDENTE. Ha la parola la Consigliera Pergolesi.

Romina PERGOLESI. Grazie Presidente. Sono molto molto contenta che il Consigliere Zaffiri abbia presentato questo emendamento in Aula, che era stato bocciato dalla Commissione, così, magari, potrà spiegare perché, secondo lui, inserendo questo emendamento, quindi scorporando dal riordino le cure primarie, secondo il decreto-legge 158 e successive verifiche, dall'attività del pronto soccorso, perché comunque va a sopprimere la presa in carico post dimissione, l'accesso ai servizi territoriali PUA VMI PAI, la rete integrata di nutrizione e clinica, il miglioramento della presa in carico delle persone a fine vita, la rete riabilitativa di comunità e il miglioramento della presa in

carico delle persone affette da demenza, quando sappiamo benissimo che ci sono dei medici di medicina generale che in alcuni casi sono oberati di lavoro e forse non riescono a seguire così dettagliatamente i pazienti, però per me va bene aprire il dibattito, poi se il Presidente della Commissione, che è anche medico di medicina generale, vuol dire la sua, parliamone, perché no.

PRESIDENTE. Emendamento 27. Lo pongo in votazione.

Favorevoli: Celani, Leonardi, Malaigia, Marconi, Zaffiri, Zura Puntaroni.

Contrari: Bora, Casini, Ceriscioli, Cesetti, Giacinti, Mastrovincenzo, Micucci, Minardi, Pieroni, Sciapichetti, Traversini, Urbinati, Volpini.

Astenuti: Nessuno.

(L'Assemblea legislativa regionale non approva)

Emendamento 28 a firma della Consigliera Leonardi, ha chiesto la parola, ne ha facoltà.

Elena LEONARDI. Grazie Presidente. Mi inserisco nella scheda 18 "promozione e tutela della salute dell'infanzia". Era un impegno che avevo preso in merito al discorso della guardia medica pediatrica, c'è stata anche una mozione dell'Aula, di inserirla nel Piano socio-sanitario, quindi chiedo l'introduzione dopo le parole "iniziative socio-assistenziali, sulle azioni da avviare" delle seguenti: "l'introduzione del servizio di guardia medica pediatrica negli orari di attività della continuità assistenziale".

PRESIDENTE. Emendamento 28. Lo pongo in votazione.

Favorevoli: Celani, Leonardi, Malaigia, Zaffiri, Zura Puntaroni.

Contrari: Bora, Busilacchi, Casini, Ceriscioli, Cesetti, Giacinti, Mastrovincenzo,

Micucci, Minardi, Pieroni, Rapa, Sciapichetti, Traversini, Urbinati, Volpini.

Astenuti: Nessuno.

(L'Assemblea legislativa regionale non approva)

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Maggi.

Giovanni MAGGI. Noto dal tabellone che il Consigliere Carloni manca da tempo e non si è "sloggato".

PRESIDENTE. Ne abbiamo parlato adesso, sarà "sloggato", come dice lei.

Emendamento 29 a firma della Consigliera Leonardi, ha chiesto la parola, ne ha facoltà.

Elena LEONARDI. Siccome il Piano non fa distinzioni religiose, di etnia e altro, ho introdotto questa dicitura: "la cura dei pazienti del servizio sanitario regionale non fa comunque distinzioni etniche, di credo religioso o cultura, ponendo i pazienti in totale uguaglianza nel diritto alla salute e senza alcuna discriminazione di alcun tipo, né i pazienti stessi possono imporre pretese religiose, spirituali, comportamentali, diverse dagli standard e dai parametri del servizio sanitario nazionali e regionale". Grazie.

PRESIDENTE. Emendamento 29. Lo pongo in votazione.

Favorevoli: Celani, Leonardi, Malaigia, Zaffiri, Zura Puntaroni.

Contrari: Casini, Ceriscioli, Cesetti, Giacinti, Mastrovincenzo, Micucci, Minardi, Pieroni, Rapa, Sciapichetti, Traversini, Urbinati, Volpini.

Astenuti: Nessuno.

(L'Assemblea legislativa regionale non approva)

Emendamento 30 a firma della IV Commissione. Ha la parola il Consigliere Volpini.

Fabrizio VOLPINI. E' un emendamento che è stato suggerito dal Dipartimento regionale per la medicina trasfusionale (Dirmt), va a ripensare e a modificare il modello organizzativo alla luce delle nuove normative. Rimane il modello del Dipartimento del sangue, ma va modificato rispetto alle nuove normative.

PRESIDENTE. Emendamento 30. Lo pongo in votazione.

Favorevoli: Bora, Busilacchi, Casini, Ceriscioli, Cesetti, Giacinti, Giancarli, Mastrovincenzo, Micucci, Minardi, Pieroni, Rapa, Sciapichetti, Traversini, Urbinati, Volpini, Zura Puntaroni.

Contrari: Nessuno.

Astenuti: Nessuno.

(L'Assemblea legislativa regionale approva all'unanimità)

Emendamento di coordinamento tecnico/1 a firma della IV Commissione. Lo pongo in votazione.

(L'Assemblea legislativa regionale approva)

Emendamento di coordinamento tecnico/2 a firma del Consigliere Volpini. Lo pongo in votazione.

(L'Assemblea legislativa regionale approva)

Emendamento di coordinamento tecnico/3 a firma del Consigliere Volpini. Lo pongo in votazione.

(L'Assemblea legislativa regionale approva)

Emendamento di coordinamento tecnico/4 a firma del Consigliere Volpini. Lo pongo in votazione.

(L'Assemblea legislativa regionale approva)

Emendamento di coordinamento tecnico/5 a firma del Consigliere Volpini. Lo pongo in votazione.

(L'Assemblea legislativa regionale approva)

Emendamento di coordinamento tecnico/6 a firma del Consigliere Volpini. Lo pongo in votazione.

(L'Assemblea legislativa regionale approva)

Emendamento di coordinamento tecnico/7 a firma del Consigliere Volpini. Lo pongo in votazione.

(L'Assemblea legislativa regionale approva)

Coordinamento tecnico. Lo pongo in votazione.

(L'Assemblea legislativa regionale approva)

Proposta di ordine del giorno/1 a firma del Consigliere Urbinati, ha chiesto la parola, ne ha facoltà.

Fabio URBINATI. Scusatemi, non voglio tediarvi, l'ho già ampiamente discusso durante gli interventi.

Sono molto contento, Presidente, perché si sono scoperti un po' di altarini, anche perché sono sempre convinto che la lealtà alla lunga paga, poi chi avrà avuto ragione lo vedremo tra alcuni anni.

Prego solo di mandare una slide sullo schermo, eccola qua, è una cosa semplice

per farvi capire di cosa si discute da due anni nella nostra provincia.

Dove vedete il puntino rosso è dove dovrebbe andare, uso sempre il condizionale, il nuovo ospedale di Pagliare del Tronto, si chiama zona Madonna e tramite Google sono state indicate esattamente le coordinate; l'altro punto, dove c'è il pallino blu, il punto partenza, sono io con il mio telefonino, anche lì con le coordinate. Mi sono messo in direzione dell'area di Monte Prandone, dove dovrebbe essere localizzata la struttura ospedaliera in base ai Sindaci dell'ambito 21 e come vedete, purtroppo in quel periodo, in quella zona, ci fu un incidente gravissimo, impiegai 7 minuti per fare quei nove chilometri da un ospedale ad un altro - dove lo vuole uno, dove lo vuole un altro - parliamo di 7 minuti condizionati perché in quei giorni, la Vicepresidente se lo ricorderà, c'erano i lavori in corso e si viaggiava su una sola corsia. Ieri ho rifatto il percorso e il tempo di percorrenza è sceso a 5 minuti e 40 secondi.

Ecco di cosa si sta discutendo in provincia di Ascoli, qual è la differenza sostanziale? Io voglio bene alla mia città, sapete qual è la differenza per quei pochi chilometri? Che sulla costa c'è un bacino di utenza, come ho detto prima, che supera gli 80.000 abitanti. Qualcuno si riempie la bocca con questo famigerato Balduzzi, ma se ho 80.000 abitanti posso mantenere il mio ospedale con il pronto soccorso e non devo chiedere nulla nessuno. Non la devo chiedere al Presidente, me lo dovete dare perché lì ci deve rimanere, perché quella zona fa più di 1 milione di presenze turistiche, per cui avrò un ospedale nuovo a 7 minuti di distanza e se faccio un ospedale a Monte Prandone è ovvio che quello di San Benedetto chiude. Se faccio l'ospedale a Monte Prandone San Benedetto chiude, quindi preferisco un ospedale lì e un altro che rimane nella mia città. Si può non essere d'accordo ma ...

Detto questo, alla fine la pazienza finisce pure. Ho seguito il Presidente e gli do atto che tante volte ha detto ai Sindaci: "Portatemi un'altra proposta". Il giorno 22 gennaio, è bene che l'Aula sappia queste cose e sono contento perché finalmente rimangono registrate e non si bleffa più, ho fatto una Pec ai Sindaci dell'ambito 21, compreso il Sindaco di San Benedetto e ho chiesto di trovare un accordo con il Sindaco di Ascoli, ho detto che mi sarei preso la responsabilità, superando la Conferenza dei Sindaci, di portare in Aula, con il consenso del Sindaco di Ascoli, un emendamento che prevedesse il nuovo ospedale a Monte Prandone e l'ospedale di base nella città di Ascoli, questo perché il Sindaco della mia città vuole un ospedale a Monte Prandone, vuole chiudere quello che c'è e vuole l'ospedale di base ad Ascoli. Non ho mai visto un Sindaco che parla per un'altra città, non mi permetterei mai di intervenire su un'altra città. Se avessero risposto a quella Pec dicendomi di fare un ospedale di primo livello sulla costa ed uno di base ad Ascoli, oggi, Consigliera Leonardi, avrei portato qui l'emendamento, però non faccio un emendamento da solo senza il consenso di una città importante come Ascoli perché sono corretto e rispettoso dell'istituzione, quindi che non si venga più a dire che non sono state date tutte le possibilità, anzi dico di nuovo: Presidente, diamo loro altri due giorni? Diamo ai Sindaci dell'ambito 21 tempo fino a domenica per un'altra proposta, in particolare ai Sindaci di Ascoli Piceno e di San Benedetto del Tronto. Diamo loro tempo fino a domenica a mezzanotte, siamo disponibili, mi possono chiamare anche alle 23,30, però adesso basta.

La proposta di ordine del giorno dice semplicemente, in maniera chiara, che la delibera dovrebbe essere un po' più specifica perché dovrebbe indicare, come dice il Piano sanitario, un assetto costi-benefici, che sembra una parola molto grande, perlomeno per capire quanti posti

letto avrà questo ospedale nuovo, come si distribuiranno in queste due strutture e come faremo a tenere in piedi, quello che abbiamo sempre detto, i due pronto soccorso di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto. Lo diremo, ma fare un pronto soccorso con un bacino d'utenza che in estate fa 1 milione di presenze, significa fare il filtro a quello che sarà l'ospedale nuovo, significa dargli un beneficio.

Questo è, l'ordine del giorno dice quello che avete letto, diamo la possibilità ...

Ringrazio il Presidente che ci dà questa ulteriore possibilità, quindi avvisate voi l'ex Sindaco di Ascoli Piceno ed io avviso il Sindaco di San Benedetto del Tronto, lo avviso per iscritto perché non mi risponde al telefono, che hanno tempo fino a domenica per una proposta alternativa.

PRESIDENTE. Ha la parola, per fatto personale, la Consigliera Leonardi.

Elena LEONARDI. Per fatto personale perché sono stata chiamata in causa, vorrei solo specificare che la mia proposta è concordata territorialmente con entrambi.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Micucci.

Francesco MICUCCI. Sempre velocemente vista l'ora. Non abbiamo difficoltà a votare questo ordine del giorno.

Ci tengo solo a sottolineare che, capisco il dibattito in quella zona, come giustamente fa presente il Consigliere Urbinati, questo ordine giorno in qualche modo specifica e sottolinea questa posizione che è condivisa e che di fatto nel Piano è in qualche modo definita, nel senso che il rapporto costo/beneficio è all'interno del Piano, come è stato definito, l'ho detto in precedenza, l'ampliamento dell'accordo del Protocollo di Fano anche alle altre aree vaste, quindi ovviamente anche all'area vasta 5. Se serve ulteriormente per provare a sbrogliare la matassa, a dare maggiore chiarezza, non

abbiamo nessuna difficoltà a votarlo, ripeto, per onor di verità, che questa riflessione è già presente nel Piano sanitario. Grazie.

PRESIDENTE. Proposta di ordine del giorno/1. Lo pongo in votazione.

(L'Assemblea legislativa regionale approva)

Proposta di ordine del giorno/2 a firma dei Consiglieri Pergolesi, Bissoni, Leonardi, Maggi, Volpini, Micucci, Fabbri, Giorgini, Giancarli. Lo pongo in votazione.

(L'Assemblea legislativa regionale approva)

PRESIDENTE. Ha la parola, per dichiarazione di voto, il Consigliere Zaffiri.

Sandro ZAFFIRI. Credo di risolvere tutto in pochissime battute, oggi abbiamo trascorso una bella giornata, una giornata importante ed abbiamo fatto un ottimo servizio alla comunità marchigiana che aspettava da tanto tempo questo Piano sanitario regionale, ma purtroppo, caro Presidente, è una giornata del nulla, lei potrà dire quello che vuole, potrà smentire, potrà raccontare quello che vuole ai marchigiani.

Il problema della sanità è molto sentito dai territori e anche stamattina c'erano dei comitati, che non erano tutti del centrodestra, dove dirle che c'erano anche persone che non fanno riferimento alla nostra area, ed è questo il termometro politico della realtà.

Della situazione della sanità lei ci ha raccontato stamattina, ho cercato di seguire con attenzione il suo intervento, però quello che ha detto - già ho fatto una considerazione simile - ricorda quanto si diceva ai lavoratori, che c'erano 80 euro in tasca, poi hanno messo le mani in tasca e gli 80 euro non c'erano.

Il Consigliere Zaffiri non fa il termometro della situazione della sanità nelle Marche, lo

fanno i cittadini e credo che, come ho detto nel ragionamento che ho fatto questa mattina, il Piano dovesse contenere altre cose, compreso quell'emendamento, perché no, che avevamo fatto noi in quanto poteva permettere di iniziare a discutere dell'avvio di una riforma seria della sanità, partendo dalla Regione Marche, per arrivare a livello nazionale ed interessare anche altre Regioni. Grazie.

PRESIDENTE. Ha la parola, per dichiarazione di voto, la Consigliera Leonardi.

Elena LEONARDI. Grazie Presidente. Solo per dichiarare il voto contrario del gruppo Fratelli d'Italia a questo Piano sanitario.

PRESIDENTE. Ha la parola, per dichiarazione di voto, il Consigliere Zura Puntaroni.

Luigi ZURA PUNTARONI. Grazie Presidente. Stamattina ho detto stamattina che la questione era organizzativa, sono passate 10 ore e ancora più che mai sento dire che la questione è organizzativa e complessa, se avessi dovuto affrontarla mi sarei appoggiato a qualcuno che aveva la capacità di aiutarmi, a volgere nel miglior modo tutta questa matassa della sanità.

Tornando invece al mio intervento di prima, prima Sforzacosta bassa intendevo l'Abbadia che non è esattamente la collocazione ..., ho sbagliato, comunque la giornata è stata emozionante.

PRESIDENTE. Ha la parola, per dichiarazione di voto, il Consigliere Micucci.

Francesco MICUCCI. Grazie Presidente. Il voto del Partito Democratico a questo Piano è favorevole perché il lavoro svolto è di alta qualità.

Credo che la qualità del servizio sanitario marchigiano venga certificata

quotidianamente da soggetti terzi, da chi viene nelle Marche anche per svolgere interventi di alta qualità, poi è chiaro, come ho detto nell'intervento precedente, che tutto non si riesce a tenere in piedi, bisognerebbe avere anche la serietà di spiegarlo alla gente, invece non vedo questo atteggiamento da parte dell'opposizione perché si sostiene tutto e il contrario di tutto in maniera anche rovesciata rispetto alle affermazioni precedenti.

Il lavoro fatto in questi anni da questa amministrazione è serio, di recupero delle risorse, perché se vogliamo investire nel territorio le risorse vanno recuperate all'interno del sistema sanitario, contemporaneamente si è riusciti a dare un livello più alto all'interno delle strutture per acuti nel servizio sanitario, quindi credo che il giudizio sia assolutamente positivo.

Comprendo anche che ci sono ancora delle criticità che vanno affrontate, ma comprendo che non tutto è possibile risolvere in poco tempo, la riforma è a medio e lungo termine, quindi ci sarà anche la necessità di ulteriore tempo per recuperare alcuni aspetti critici.

Nel complesso il giudizio non può che essere positivo. C'era bisogno di questo Piano sanitario che dà delle linee guida importanti per lo sviluppo della sanità del futuro, pone degli obiettivi specifici e la prossima amministrazione regionale non potrà che dare seguito ai progetti previsti all'interno di questo atto, per dare prosecuzione a quanto svolto in questi anni.

Il mio è un sì convinto, è un sì che guarda al futuro e credo che col tempo potrà essere apprezzato da tutti i marchigiani.

Oggi qualcuno si sente depauperato, ma non dal Piano, da altre scelte, però a lungo andare ci sarà comprensione da parte di tutti per il buon lavoro svolto e il tempo ci darà ragione. Grazie.

PRESIDENTE. Ha la parola, per dichiarazione di voto, il Consigliere Celani.

Piero CELANI. Lapidario com'è stata la Consigliera Leonardi, per dire, naturalmente, il no di Forza Italia a questo Piano, con una considerazione.

Il dibattito si è acceso nel momento in cui abbiamo discusso della localizzazione dei nove ospedali e quando si è parlato delle aree interne, di quali servizi far rimanere come presidi, segno evidente che dal punto di vista sanitario questo Piano non ci ha appassionato. Riflettete su questo! Ci ha appassionato soltanto nel momento in cui abbiamo parlato di dove mettere il nuovo ospedale e perché togliere alle aree interne i vari presidi, questo significa che c'è molto ancora da fare e che sul Piano non c'è stata una grande concertazione con i territori, al di là del grande lavoro che, riconosco, ha fatto la Commissione, in modo particolare il Presidente.

Sui territori si doveva arrivare a delle conclusioni e l'ordine del giorno presentato dal Consigliere Urbinati lo sta a dimostrare, per cui, con molto rammarico, dopo una giornata di dibattito di questo tipo, Forza Italia vota contro questo Piano.

PRESIDENTE. Ha la parola, per dichiarazione di voto, la Consigliera Pergolesi.

Romina PERGOLESÌ. Grazie Presidente. A nome del Movimento 5 Stelle ribadisco la nostra bocciatura al Piano, seppure, come più volte detto anche da altri colleghi, il lavoro fatto quest'anno in Commissione è stato uno dei pochi così approfondito nella storia della Regione Marche, rimangono comunque delle criticità, che secondo noi non ci consentono di votare favorevolmente o di astenerci.

Il vostro intento di maggioranza è di portare avanti un Piano così dettagliato, l'aspettativa è alta, quindi mi auguro che venga attivato quanto prima il tavolo di lavoro, visto che prima si parlava anche del riassetto organizzativo. Bene, chiamiamo tutti quanti gli stakeholder per parlare della

riorganizzazione nelle varie aziende, così da non fare voli pindarici.

Un'altra cosa, Presidente Ceriscioli, forse lei non c'era, stamattina è stata approvata la proposta di legge n. 216 sui nuclei di attività ispettiva, mi auguro che anche lì la Giunta si attivi presto con un regolamento. Grazie.

PRESIDENTE. Ha la parola, per dichiarazione di voto, il Consigliere Rapa.

Boris RAPA. Grazie Presidente. Prima di tutto voglio ringraziare il Presidente della Commissione, il Consigliere Volpini, tutti i Commissari e i servizi per il grande lavoro fatto in questi mesi, un lavoro importante.

Come gruppo consiliare Uniti per le Marche abbiamo cercato di portare il nostro contributo tramite gli emendamenti in Commissione e anche oggi in Aula, cercando di mettere sempre i bisogni dei marchigiani al centro del nostro interesse, per cui voteremo favorevolmente questo Piano.

PRESIDENTE. Ha la parola, per dichiarazione di voto, il Presidente Ceriscioli.

Luca CERISCIOLI. Intervengo anch'io, oltre che per esprimere il voto favorevole, per ringraziare tutti quelli che hanno lavorato per due anni a questo risultato, a cominciare dalle strutture tecniche del Servizio salute, dell'Agenzia, delle Aziende ed ovviamente la Commissione, il Presidente e tutti i Commissari. Voglio ringraziare anche tutti quelli che hanno portato il loro contributo alla stesura finale di questo atto, dentro c'è il lavoro fatto da amministratori locali, da associazioni, da categorie sindacali, da un mondo vasto che si occupa del bene più prezioso che è la salute. Liquidare questo impegno, questo lavoro, come qualcosa che oggi nasce e domani muore, lo trovo ingiusto nei confronti di chi ci ha messo la propria intelligenza, le proprie qualità, la

propria fatica ed io ho sempre molto rispetto per il lavoro, perché bisogna sempre avere molto rispetto per il lavoro e per la partecipazione, un valore straordinario della democrazia che trova dentro questo atto un'espressione molto alta.

PRESIDENTE. Proposta di atto amministrativo n. 60, così come emendata, la pongo in votazione.

Favorevoli: Bora, Casini, Ceriscioli, Cesetti, Giacinti, Giancarli, Mastrovincenzo, Micucci, Minardi, Pieroni, Rapa, Sciapichetti, Talè, Traversini, Urbinati, Volpini.

Contari: Celani, Fabbri, Giorgini, Leonardi, Maggi, Malaigia, Pergolesi, Zaffiri, Zura Puntaroni.

Astenuti: Busilacchi, Marconi.

*(L'Assemblea legislativa regionale
approva)*

Sull'ordine dei lavori

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Minardi.

Renato Claudio MINARDI. Chiederei ai colleghi, siccome c'è un incontro in settimana con Trenitalia, se non c'è discussione, di votare la mozione n. 602, che riguarda il ripristino dell'orario del Frecciabianca della mattina, che va a Roma e che crea difficoltà a tutti i marchigiani.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Zaffiri.

Sandro ZAFFIRI. Capisco l'esigenza del Vicepresidente Minardi, ma erano previste le interrogazioni a risposta immediata, ci sono problemi in merito ad una realtà che sta procedendo al rinnovo delle cariche elettive, visto che ci sono le elezioni, quindi la risposta è: facciamo anche le question time, perché sono due/tre risposte, altrimenti, siccome voi avete i numeri della

maggioranza, votate quella del Consigliere Minardi, però credo che si ponga un problema politico, Presidente.

PRESIDENTE. E' chiaro, rinviemo tutto alla prossima seduta.

La seduta è tolta.

La seduta termina alle ore 20,35

IL SEGRETARIO DEL CONSIGLIO
(Maria Rosa Zampa)

ESTENSORI DEL RESOCONTO
*(Daniela Giacobelli - Antonella Giampalma -
Ombretta Galeazzi)*

