

VII LEGISLATURA – SEDUTA N. 141 DEL 20 GIUGNO 2003

RESOCONTO INTEGRALE

141.

SEDUTA DI VENERDI' 20 GIUGNO 2003

**PRESIDENZA DEL PRESIDENTE LUIGI MINARDI
INDI DEL VICEPRESIDENTE SANDRO DONATI
INDI DEL VICEPRESIDENTE GILBERTO GASPERI**

INDICE

Proposta di atto amministrativo (Discussione generale):
«Piano sanitario regionale 2003-2005» Giunta (99)

VII LEGISLATURA – SEDUTA N. 141 DEL 20 GIUGNO 2003

La seduta inizia alle 10,40

Proposta di atto amministrativo (Discussione generale): «**Piano sanitario regionale 2003-2005**» *Giunta (99)*

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la proposta di atto amministrativo n. 99, ad iniziativa della Giunta.

Ha la parola il relatore di maggioranza, consigliere Ricci.

ANDREA RICCI. Con il voto di ieri che ha consentito l'approvazione della legge di riorganizzazione del sistema sanitario regionale, si è conclusa la prima parte di questa impegnativa tornata di discussione e di decisione in merito alla sanità marchigiana che ha coinvolto questo Consiglio regionale. Con il voto di ieri la maggioranza regionale ha conseguito un suo primo importante obiettivo: non era soltanto quello di modellare una nuova modalità organizzativa di gestione della sanità marchigiana per il futuro, ma anche quello di rendere irreversibile il cambiamento. Oggi iniziamo la discussione sul secondo obiettivo che questa maggioranza regionale si pone: la ridefinizione, la revisione del piano sanitario

regionale, in modo da aggiornare il sistema dell'offerta dei servizi per renderlo più adeguato ai nuovi bisogni di salute della popolazione marchigiana.

In questa relazione mi limiterò a indicare le linee strategiche di fondo del nuovo piano sanitario regionale, perché credo, anche alla luce dei numerosi emendamenti che sono stati presentati, che avremo ampiamente la possibilità di discutere in dettaglio, nel merito, dei singoli provvedimenti contenuti all'interno del piano sanitario, quando passeremo alla fase successiva, quella delle votazioni e della discussione sugli emendamenti. Il piano sanitario regionale si ispira a dei principi fondamentali che risultano confermati dall'orientamento di questa maggioranza regionale, perché sono gli stessi principi che erano presenti nel precedente piano sanitario regionale e più in generale sono i principi ispiratori del programma elettorale con il quale questa coalizione si è presentata di fronte ai cittadini marchigiani.

Il primo principio riguarda l'universalità del servizio sanitario regionale. Cosa vuol dire universalità? Vuol dire che il servizio sanitario regionale si rivolge a tutte le persone e intende garantire integralmente il diritto alla salute. Rivolgersi a tutte le persone significa non soltanto che il sistema sanitario regionale offre

servizi ai cittadini che risiedono nella nostra regione, ma intende garantire il diritto alla salute ad ogni persona che si rivolge alle strutture sanitarie regionali. Garantire integralmente il diritto alla salute, altro cardine del principio dell'universalità del servizio sanitario, vuol dire che tutte le prestazioni fondamentali, essenziali, indispensabili per promuovere e difendere la salute delle persone, sono offerte dal servizio sanitario pubblico.

L'altro principio alla base delle linee del piano sanitario regionale è quello dell'equità. L'equità si declina sia dal punto di vista sociale, nel senso che il servizio sanitario regionale garantisce le prestazioni essenziali e fondamentali a tutti i cittadini, a tutte le persone, indipendentemente dalla loro condizione sociale, ma il principio di equità si declina anche sul piano territoriale, perché il servizio sanitario regionale vuole offrire un'assistenza sanitaria e una promozione della salute a tutti i cittadini della regione, indipendentemente dal luogo in cui essi abitano, risiedono e vivono. Universalità da un lato, equità dall'altro.

Il terzo principio fondamentale è quello della solidarietà. Il principio della solidarietà ha già ispirato questa maggioranza regionale quando, proprio per far fronte alle difficoltà finanziarie nella gestione della sanità, causate dalla politica sconsiderata e neoliberista del Governo, ha dovuto approntare una legge fiscale per assicurare le risorse necessarie. In quel caso è risultato manifesto ed evidente il significato del principio della solidarietà; in quel caso questo principio si è declinato con una partecipazione finanziaria maggiore da parte dei ceti e delle classi più benestanti per il finanziamento del servizio sanitario regionale universale ed equo.

Infine, l'ultimo grande principio ispiratore di questo atto è quello della programmazione, che si esplica nella definizione di un quadro complessivo e sistemico, democraticamente deciso dalle istituzioni pubbliche con la partecipazione dei soggetti sociali interessati, al cui interno l'erogazione dei servizi deve svilupparsi.

Questo insieme di principi definiscono in modo chiaro ed evidente che il servizio sanitario regionale si vuole organizzare in una forma

alternativa al modello privatistico e assicurativo che invece l'attuale ministro della salute, l'attuale Governo, anche con il piano sanitario nazionale presentato ieri vogliono imporre nel nostro paese.

L'insieme di questi principi, l'intreccio tra loro assicura il primato del carattere pubblico della sanità.

All'interno di questo quadro generale di principi fondamentali il piano sanitario regionale si propone di promuovere la salute complessiva della persona, il che vuol dire che il servizio sanitario non deve essere orientato esclusivamente, ma neanche prevalentemente, alla cura della malattia, ma deve orientarsi alla prevenzione degli stati patologici e di malessere delle persone. In questo senso, nel piano sanitario regionale assume una forte centralità il livello della prevenzione, in tutti gli ambiti di vita. Prevenzione nei luoghi di lavoro innanzitutto, perché la nostra regione, anche per le caratteristiche produttive del suo modello economico, è tra le prime in Italia, purtroppo, per il numero di infortuni sul lavoro; prevenzione nel livello ambientale, lotta contro le forme di inquinamento dell'ambiente di vita dei cittadini, che sono una delle cause principali dell'insorgere di stati di malessere e di malattia; prevenzione come promozione della qualità della vita complessiva nelle nostre città, nei nostri paesi.

La promozione della salute quindi, parte, nel piano, da una piena ricognizione delle aree di disagio sociale esistenti nella nostra regione. Nel piano si individuano in maniera dettagliata e particolare le aree sociali dove maggiormente si concentrano i problemi di carattere sociale e sanitario e dove, quindi, maggiormente deve essere concentrata l'offerta dei servizi sanitari e sociali per promuovere la salute complessiva della persona.

In questa ottica, nel piano sanitario regionale la malattia e il malessere non sono considerati soltanto un problema fisico e biologico, ma prima di tutto come un problema sociale, perché la malattia, lo stato patologico della salute di un individuo non è un fenomeno soltanto naturale ma è un fenomeno sociale, ha radici di classe. Questo è il criterio attraverso cui i bisogni sono analizzati e l'offerta sanitaria

viene presentata. Infatti, le linee strategiche del piano sanitario partono dalla necessità di tutelare i soggetti fragili dal punto di vista sociale.

In questo senso, una delle fondamentali linee del piano sanitario, le cui basi sono state poste già ieri con l'approvazione della legge di riorganizzazione riguarda la necessità di una forte e stretta integrazione socio-sanitaria.

Affinché questi obiettivi possano essere raggiunti e realizzati occorre ri-orientare il sistema dell'offerta dei servizi sanitari marchigiani, perché non c'è dubbio che rispetto a questi bisogni il nostro sistema sanitario ha necessità di modifiche, trasformazioni, ri-orientamenti.

Noi abbiamo un sistema dell'offerta sanitaria che è ancora prevalentemente incentrato sull'offerta ospedaliera. Se analizziamo i dati, sia dal punto di vista finanziario, sia dal punto di vista della quantità di strutture ospedaliere presenti nel nostro territorio, ci accorgiamo che l'offerta ospedaliera continua ancora ad essere il cardine, il centro dell'offerta complessiva di servizi sanitari nella nostra regione. Sul piano finanziario l'ospedale assorbe quasi il 50% della spesa sanitaria complessiva; sul piano della numerosità delle strutture ospedaliere presenti, nella nostra regione esistono 47 presidi ospedalieri divisi nelle varie tipologie e nei vari livelli di offerta. Inoltre esistono anche 11 strutture ospedaliere private. Questo fa sì che nelle Marche esiste un presidio ospedaliero ogni 30 abitanti e ogni 200 chilometri quadrati.

Come dobbiamo considerare questa così forte e diffusa presenza di presidi ospedalieri? Certamente come una ricchezza, perché garantisce comunque la presenza di un presidio sanitario in modo diffuso e capillare sul territorio, tuttavia la dobbiamo considerare anche in maniera critica rispetto alle funzioni che questi presidi ospedalieri svolgono e soprattutto rispetto alla necessità di liberare risorse umane e finanziarie per far fronte ai bisogni nuovi, sanitari che riguardano la prevenzione e il territorio.

Per ri-orientare il sistema dell'offerta quindi, è necessario, anche e soprattutto, rivedere e ristrutturare il sistema dell'offerta ospedaliera.

Nel piano sanitario si prevede, sulla base

dei principi che prima declinavo, un aumento di risorse finanziarie per le politiche di prevenzione; un aumento considerevole e importante, perché nel corso del prossimo triennio di validità del piano sanitario regionale vi sarà uno spostamento, a favore delle politiche di prevenzione, di ben 60 milioni di euro. In particolare, l'aumento delle risorse finanziarie a vantaggio della prevenzione, riguarderà un aumento di 5 milioni di euro all'anno per i dipartimenti di prevenzione, un aumento di 500.000 euro all'anno per i Sert, per le strutture dedicate alle dipendenze patologiche, un aumento di 3.300.000 euro all'anno per i dipartimenti di salute mentale e un aumento di 1.200.000 euro all'anno per le forme di assistenza domiciliare integrata. Sono obiettivi importanti e delineano una inversione di tendenza rispetto a quanto finora si è fatto. Se questi obiettivi verranno conseguiti — e non potrà che essere così, dato che per la prima volta, con questo piano, si finalizza in modo obbligatorio la spesa a questi livelli — riusciremo a portare la spesa per la prevenzione al 4%, dal 2,8 attuale. Certo siamo ancora ben lontani dagli obiettivi fissati ripetutamente dai precedenti piani sanitari nazionali, che prevedono una spesa per la prevenzione del 5,11%, ma in tre anni, se saremo capaci di recuperare per più di un terzo il ritardo da questo obiettivo finale, penso che avremo raggiunto il nostro obiettivo e potremo porci l'obiettivo ambizioso e necessario di raggiungere le cifre previste dal piano sanitario nazionale.

L'altro cardine, accanto al rafforzamento delle politiche di prevenzione e della sanità territoriale, è l'attivazione di un sistema di offerta di strutture residenziali extraospedaliere in grado di garantire bisogni sanitari nuovi che emergono nella nostra popolazione. Bisogni sanitari derivanti dalle trasformazioni demografiche innanzitutto, perché l'aumento dell'aspettativa di vita, il crescente peso della popolazione anziana modificano strutturalmente i bisogni sanitari: cresce la necessità di prestazioni sanitarie e assistenziali per i soggetti non autosufficienti o soltanto parzialmente autosufficienti, in particolare anziani; è necessario dare una risposta a questi bisogni. Dobbiamo riconoscere che il nostro sistema come

oggi è, non è in grado di fare questo. Nel piano sanitario regionale si prevede un'attivazione di 470 posti letto per le strutture residenziali di lungodegenza, in modo tale da portare l'offerta di questo livello a una cifra complessiva di 735 posti letto. E' questo un obiettivo fondamentale, perché se raggiunto consentirebbe, da un lato di migliorare la risposta a particolari tipi di bisogno e dall'altro anche di rendere più efficiente, più razionale e meno costoso il nostro sistema sanitario.

Allo stesso modo il piano sanitario regionale prevede l'attivazione, complessivamente, di 744 posti letto per le strutture di riabilitazione. E' questo un settore nel quale la sanità pubblica, nella nostra regione ha molte carenze.

Credo che sarà necessario anche andare oltre questi obiettivi, nella definizione delle prossime linee di programmazione sanitaria, per garantire al sistema sanitario pubblico la potenzialità di un'offerta del livello qualitativo, adeguata ai crescenti bisogni di questo tipo, che emergono dalla popolazione.

Il piano sanitario regionale ristruttura anche il sistema della residenzialità. Complessivamente è prevista, nelle varie tipologie di strutture, l'attivazione di 5.500 posti letto, con un significativo e notevole incremento rispetto alla situazione attuale. Complessivamente il sistema della residenzialità vedrà nella nostra regione un'offerta da parte del servizio sanitario regionale pari a circa 7.000 posti letto. Il principio sulla base del quale queste nuove strutture verranno realizzate, sarà e dovrà necessariamente essere quello dell'equa distribuzione territoriale. In modo particolare bisognerà garantire alle aree territorialmente disagiate e socialmente sofferenti della nostra regione, un'offerta di servizi sanitari, di prevenzione, di residenzialità in grado di assicurare un'adeguata risposta ai bisogni.

Tutte queste realizzazioni potranno essere fatte soltanto attraverso una riorganizzazione della rete ospedaliera, perché se non si affronta questo nodo in una situazione di scarsità di risorse, difficilmente questi obiettivi potranno essere raggiunti. Il piano sanitario regionale tenta di affrontare questo nodo, senza abbassare il livello di erogazione di servizi ospedalieri

rispetto a quello attuale, ma anzi ponendosi l'obiettivo di potenziarlo.

La riconversione e la riorganizzazione della rete ospedaliera confermano la suddivisione su tre livelli che era già presente nel precedente piano sanitario regionale.

Il primo livello è quello delle alte specialità, che hanno un bacino di utenza più grande di quello delle singole zone territoriali in cui è articolata l'azienda sanitaria unica regionale, che si rivolgono quindi ad un bacino di utenza di carattere provinciale, regionale ed anche extraregionale. Il polo su cui principalmente, per ragioni storiche e anche geografiche, si concentra questa offerta di alta specialità è oggi quello anconetano. Tuttavia nel piano sanitario regionale si pongono le condizioni per uno sviluppo delle alte specialità anche nelle altre province delle Marche.

Vedremo in dettaglio, quando discuteremo delle tabelle del piano attraverso gli emendamenti presentati, come concretamente questo obiettivo viene presentato nel piano.

Il secondo livello essenziale e centrale dell'offerta ospedaliera è quello degli ospedali di rete. Il piano compie una scelta netta, quella del rafforzamento degli ospedali di rete presenti nella nostra regione, in modo tale da garantire in ogni zona territoriale l'esistenza dei servizi essenziali di base e di media specialità in grado di soddisfare la gran parte dei bisogni sanitari delle popolazioni del nostro territorio.

Occorrerà, per realizzare questo obiettivo, un investimento anche di risorse finanziarie per l'ammodernamento tecnologico, per l'adeguamento organizzativo, in modo tale che gli ospedali di rete possano effettivamente diventare il cuore, l'asse portante del sistema di offerta ospedaliera.

Il terzo livello che risulta confermato, di rete ospedaliera, è quello dei poli e degli ospedali di rete. Non c'è, nel piano, la scelta di smantellare i piccoli ospedali, di eliminare i piccoli presidi ospedalieri. Ricordo la discussione del precedente piano sanitario regionale, quando veniva paventato il rischio che, attraverso la definizione così stringente di tre livelli ospedalieri e della differenziazione funzionale, nel giro di pochi anni i piccoli presidi ospedalieri sarebbero scomparsi dal nostro territorio. Non

è stato così e non è questa la scelta di questo piano sanitario regionale. La scelta è quella di realizzare l'obiettivo di una piena e completa integrazione dell'offerta ospedaliera all'interno delle zone territoriali, attraverso una ridefinizione delle funzioni e degli ospedali di rete di cui ho detto prima e dei poli ospedalieri. Una integrazione che innanzitutto deve essere relativa all'offerta dei servizi, perché non è né efficiente né efficace per la tutela della salute, avere strutture ospedaliere all'interno di una zona territoriale, che nella nostra regione è di ridotte dimensioni demografiche, che svolgano le stesse funzioni e gli stessi compiti. Occorre che le funzioni siano differenziate e calibrate rispetto alla complessità delle prestazioni e all'adeguatezza delle strutture. Senza questa differenziazione il nostro sistema continuerà a presentare da un lato duplicazioni, triplicazioni, moltiplicazioni di servizi di offerta del tutto analoghi e dall'altro carenze e vuoti strutturali.

In questo senso l'integrazione organizzativa che viene prevista, dei presidi ospedalieri con gli ospedali di rete, rappresenta la pre-condizione per attivare una struttura differenziata dell'offerta ospedaliera nelle zone territoriali, in grado di far fronte completamente ai bisogni della popolazione.

Il piano quindi prevede che i poli ospedalieri possano fungere da elemento di connessione tra la sanità ospedaliera e quella territoriale; che i poli ospedalieri possano essere l'elemento di interazione tra il livello territoriale e il livello ospedaliero dell'offerta dei servizi. Per questo i poli ospedalieri dovranno attivare nuovi servizi che si rivolgano non soltanto alle fasi acute della cura della malattia, ma anche alle fasi che vengono prima e che vengono dopo il momento dell'acuzie. Ma accanto a questa funzione i poli ospedalieri continueranno a svolgere funzioni di cura per il periodo dell'acuzie. Infatti, nel piano si mantengono nei poli ospedalieri i servizi di medicina generale integrati strettamente con gli altri servizi e si mantengono anche i servizi chirurgici, attraverso una ridefinizione rispetto allo stato attuale. In modo particolare i poli ospedalieri, quelli che hanno le condizioni di adeguatezza strutturale e organizzativa, dovranno svolgere una funzione complementare

dal punto di vista chirurgico, a quella degli ospedali di rete, attivando e rafforzando il sistema della chirurgia giornaliera e della chirurgia programmata, perché invece la chirurgia di emergenza e quella di alta complessità, per la tutela stessa del malato dovranno essere concentrate negli ospedali di rete, in modo da garantire livelli di sicurezza più alti e adeguati.

Questa riconversione dell'offerta ospedaliera avviene anche sulla base di una spada di Damocle che pesa sulle Regioni: quella dell'imposizione, della riduzione dei posti letto ad un livello del 4 per mille da parte dell'attuale Governo. Nel piano il parametro del 4 per mille di posti letto per acuti viene raggiunto e non poteva essere altrimenti, pena una ulteriore riduzione delle risorse finanziarie a disposizione del nostro sistema sanitario. Ma viene raggiunto mantenendo inalterata la potenzialità di risposta ai bisogni della popolazione, perché il criterio attraverso il quale questo obiettivo puramente numerico si consegue, è quello dell'appropriatezza delle prestazioni e dell'utilizzo dei posti letto.

Il piano distribuisce anche, in maniera equa dal punto di vista territoriale, la quantità dei posti letto a disposizione. Un aspetto centrale di questa riconversione dell'offerta ospedaliera riguarda le modalità attraverso cui essa avverrà. Il piano fissa le linee strategiche, il quadro programmatico generale, i criteri e rinvia ad una seconda fase, che si aprirà subito dopo l'approvazione, che vedrà protagoniste le comunità locali, in primo luogo gli enti locali che operano nei territori. Sarà infatti compito delle comunità locali, insieme alle direzioni di zona territoriale, presentare alla Regione, alla Giunta prima e al Consiglio regionale poi, entro sei mesi, una proposta di riorganizzazione dettagliata, per singolo presidio ospedaliero e per singola unità operativa, di attuazione dei criteri e delle linee strategiche che questo piano sanitario regionale fissa. Mi sembra questo un metodo necessario di fronte alla richiesta forte che è venuta dalle comunità locali. Certo, si poteva scegliere altrimenti, era legittimo, forse sarebbe stato anche più razionale, cioè si poteva decidere già oggi, con questo atto, la definizione piena, specifica e dettagliata della distribuzione dei posti letto per singolo presidio e per

singola unità operativa, tuttavia sarebbe stato sbagliato, di fronte ad una richiesta unanime che veniva dagli enti locali, richiesta di partecipazione, di costruzione della proposta, chiudere questa porta.

Questo Consiglio regionale sarà chiamato quindi, in ogni caso, tra sei mesi, a ritornare su questi argomenti, dopo una consultazione ampia che avverrà per iniziativa degli stessi territori.

Chiudo questa mia relazione, dicendo che, oltre a questi aspetti di contenuto, il piano sanitario regionale contiene anche delle innovazioni di metodo rispetto alla costruzione del quadro programmatico e gestionale della sanità marchigiana. Infatti, in tutte le parti del piano sanitario è presente la definizione specifica e particolare delle modalità di partecipazione e di collaborazione di tutti i soggetti interessati alla gestione e alla programmazione sanitaria, delle comunità locali tutte, nelle loro varie sfaccettature; degli enti locali quindi, ma anche delle associazioni del terzo settore, del volontariato, delle forze sociali.

Lo strumento fondamentale attraverso cui questa partecipazione e collaborazione alla definizione concreta dei servizi sanitari si porterà avanti, sarà quello della costruzione dei piani comunitari per la salute, che dovranno diventare lo strumento fondamentale di programmazione attuativa, costruita sul territorio, a stretto diretto contatto con i bisogni che dal territorio emergono. Accanto ai piani comunitari per la salute, l'individuazione anche di piani di area, di carattere verticale, per le singole, importanti questioni che questo piano sanitario regionale individua come questioni fondamentali su cui orientare specificamente l'offerta socio-sanitaria.

I piani di area previsti sono quelli che riguardano l'infanzia, i giovani, le donne, gli anziani, i soggetti fragili più in generale e la sicurezza e la qualità ambientale. Anche la costruzione di questi piani d'intervento sarà affidata alla collaborazione-partecipazione fra le strutture e i servizi sanitari da un lato e dall'altro i soggetti istituzionali, sociali interessati, che operano sul territorio.

Penso che se questo piano regionale verrà approvato, confermando le linee strategiche

che ho esposto, potrà costituire il contenuto forte di quella riforma sanitaria che ieri abbiamo delineato dal punto di vista gestionale e organizzativo. I due atti, quello di ieri e quello che iniziamo a discutere oggi, sono tra loro complementari e integrati, l'uno non può essere realizzato senza l'altro. Penso che l'approvazione finale di questi atti costituirà il passaggio forse più importante nell'opera di governo di questa maggioranza regionale. Naturalmente, così come per la legge di riorganizzazione, allo stesso modo e forse più per il piano sanitario regionale, fondamentale sarà la fase dell'attuazione e della concreta realizzazione, perché già l'esperienza ci ha dimostrato, in passato, che l'indicazione di linee di programmazione strategica non è di per sé sufficiente per garantire che quelle linee vengano poi concretamente attuate e trasformino realmente e non soltanto idealmente e formalmente, la realtà. In questo senso credo che l'impegno del Consiglio regionale tutto dovrà essere quello, successivamente, di controllare, di verificare in modo più forte e deciso di quanto non abbia fatto fino ad oggi, l'attuazione concreta di queste linee strategiche, non soltanto nei confronti del Governo regionale, ma anche nei confronti di chi poi concretamente, sul territorio, questa riforma dovrà gestire.

Mi auguro che nel corso del dibattito, anche alla luce dei tanti emendamenti presentati, il lavoro della V Commissione nell'opera di analisi, discussione e anche revisione di alcuni aspetti del piano sanitario regionale possa essere ulteriormente migliorato, nel senso che ritengo che la discussione del Consiglio regionale non sia soltanto l'occasione di una battaglia polemica che lascia poi intatto l'atto, ma serva effettivamente come momento di ulteriore costruzione. In questo senso la stessa V Commissione si riunirà prima della seduta prossima di inizio delle votazioni sull'atto per verificare, anche alla luce degli emendamenti presentati e di quelli che ancora potranno essere presentati, la possibilità di introdurre nuove e ulteriori modifiche al testo.

PRESIDENTE. Ha la parola il relatore di minoranza, consigliere Pistarelli.

FABIO PISTARELLI. Qualche settimana or sono abbiamo letto, a commento dei risultati di un sondaggio, che hanno riguardato in generale il sistema Marche, la qualità della vita e dei giudizi che si chiedevano ai marchigiani sulla sanità, un interessantissimo commento del Presidente della Giunta D'Ambrosio, che diceva "sì, i marchigiani si lamentano un po' della sanità, ma perché non abbiamo saputo comunicare e comunque i marchigiani sono i più longevi d'Italia, forse d'Europa", ergo questa è la dimostrazione dell'efficienza del sistema sanitario regionale. A parte la questione della comunicazione — io ritengo che i marchigiani abbiano ben compreso com'è il sistema sanitario e se ne lamentino a ragione — è la seconda parte del ragionamento che ci interessa affrontare come opposizione, nell'ambito dell'apertura di questa seconda parte importantissima di discussione sul sistema sanità Marche relativo al piano sanitario 2003-2006. Dire infatti che, essendo i marchigiani i più longevi d'Italia e d'Europa significa avere un riferimento chiaro alla efficienza del sistema sanitario è dire una cosa che è smentita dall'Oms che dice invece che sanità e salute sono due concetti diversi: la sanità riguarda l'organizzazione, la rete dei servizi, l'attività di prevenzione, la capacità di diagnosi, la capacità di cura, i servizi di riabilitazione; la salute dipende da caratteristiche genetiche della popolazione, da fattori ambientali, da fattori comportamentali. Sanità sono i servizi, la salute è la condizione della popolazione che riguarda altri fattori. E si fanno degli esempi: la buonissima salute di una persona che ha un reddito medio, può essere inficiata non dal cattivo funzionamento della sanità ma da uno stile di vita come obesità, fumo, alcool, da fattori ambientali, cioè dal vivere in una situazione nella quale un ambiente di lavoro è particolarmente insalubre. Salute e sanità sono due concetti assolutamente differenti. Deve allora essere fatta una valutazione sulla salute con certi indicatori, deve essere fatta una valutazione sulla sanità con altri indicatori.

Torno all'affermazione del Presidente D'Ambrosio a commento di quel sondaggio: l'efficienza del nostro sistema sanitario. Il nostro sistema sanitario regionale è efficiente, è buono, ci ha dato prova di qualità di eccellenza,

di standard alti. Allora perché cambiarlo, Presidente? Perché arrivare a metà legislatura e produrre quell'atto che ci ha impegnato fino a ieri, che ha scatenato divisioni, contrasti, contrapposizioni fortissime? Lei stesso, la sua Giunta, la sua maggioranza avete dichiarato essere il nostro sistema sanitario in linea con gli indicatori più alti dell'efficienza e della qualità, ma in realtà non è così. Spiegato il concetto di sanità, gli elementi di preoccupazione sono elementi forti, stringenti, che non danno adito a nessun'altra considerazione se non quella di un quadro assolutamente preoccupante e negativo.

Lo dice la stessa relazione al piano, quando parla delle criticità del sistema. Le criticità del sistema vengono affrontate nelle prime pagine del piano sulla questione dei problemi aperti, lasciati insoluti. Vado molto sinteticamente a ricordare i primi punti.

Spesa pro-capite che si mantiene superiore alla media nazionale di circa il 3%; spesa sanitaria pubblica che nella nostra regione cresce tendenzialmente di almeno il 6-7% annuo; disponibilità di risorse parametrabile, invece, tra il 3 e 4% annuo; costo dell'assistenza ospedaliera ancora superiore al 50% della spesa sanitaria complessiva; assistenza residenziale e integrazione socio-sanitaria che richiede ancora risorse aggiuntive; spesa farmaceutica elevato incremento nel 2001; elevato tasso di inappropriatazza dei ricoveri e pertanto tasso di ospedalizzazione; ritardo nella costruzione di una rete adeguata di servizi e strutture di riabilitazione e lungodegenza; ritardo della rete della residenzialità extraospedaliera; ancora debole la collocazione del distretto; evidente difficoltà dipartimenti di prevenzione; sviluppo non ancora maturo delle politiche di integrazione socio-sanitaria; duplicazione e ridondanza dei servizi amministrativi e tecnici; frammentazione degli investimenti; frammentazione dei sistemi informativi sanitari; sbilanciamento della lettera della produzione delle aziende sanitarie solo sul versante quantitativo ed economico e non sui risultati in termini di salute (efficacia); non completa maturazione delle funzioni di pianificazione della formazione a livello aziendale; strutturale: dimensione delle aziende territoriali, eleva-

to numero di strutture ospedaliere, elevato numero unità operative ospedaliere; programmatico: visione fortemente particolaristica delle singole aziende, indirizzo e programmazione con attribuzione scarsa di contributi a copertura di precedenti risultati negativi, adeguamento lento degli standard amministrativi e contabili previsti per il regolare funzionamento del modello di controllo.

Questo è il quadro che avete fornito voi. Non è un quadro preoccupante? Diteci quali altri indicatori o ragionamenti dovremmo fare per arrivare a diverse conclusioni rispetto a quelle a cui noi siamo arrivati e voi invece, in maniera assolutamente contraddittoria, cercate di ribaltare. Noi diciamo che il sistema regionale è in crisi, in profonda crisi, voi dite che è invece efficiente.

Mi soffermo solo su due punti di criticità, per non essere troppo lungo e non disperdere le energie che questa relazione di opposizione vuole invece dedicare ai tre aspetti fondamentali: questione economica, questione ospedaliera, accenno all'integrazione socio-sanitaria.

Questione economica. Affermate voi, nella relazione introduttiva del piano, che la nostra spesa pro-capite si mantiene superiore alla media nazionale. L'assessore Melappioni ieri, in replica, diceva "non siamo i primi, ma non siamo neppure gli ultimi". Secondo me siamo nelle posizioni delle medaglie, vicini al podio, un podio però che non dà meriti ma dà demeriti. Siamo comunque in condizione di vedere come si spende questo nostro complessivo budget che è in linea con i budget delle altre Regioni ed è in linea con una quantità di risorse tale da poter dare risposte ad un sistema di 1.450.000 abitanti circa.

Si dice "assistenza ospedaliera", siamo poco sopra al 50% ed è troppo, perché è uno sbilanciamento di quella ripartizione ideale, per quanto riguarda l'efficienza di un sistema, che deve vedere il drenaggio delle risorse verso il sistema ospedaliero al di sotto del 50%. Se vediamo i dati, è vero che riusciamo a superare il 50%, ma con un'incidenza molto diversa tra ospedali: 403 milioni di euro sui 1.037 del 2001 sono spesi dalle aziende ospedaliere e dall'Inrca, 507 negli ospedali di rete e solo 127 negli

ospedali di polo. La prima riflessione seria che dobbiamo fare, è che su questi dati economici complessivi, la differenziazione ci dice che la gran parte delle risorse, percentualmente, è legata alle aziende ospedaliere, a quelle strutture: 407 milioni di euro, aziende ospedaliere e Inrca, cioè 5 stabilimenti fino a ieri. Oggi c'è qualcosa di diverso: Umberto I-Torrette, con il Lancisi e il Salesi diventa "ospedali riuniti", ma concentrazione porterà a una razionalizzazione, Anche perché il disegno finale è stato quello di una semilibertà di gestione da parte delle due strutture, dei due presidi, uno ospedaliero di alta specializzazione e l'altro monospecialistico, che comunque dovrà garantire anche una semidifferenziazione di budget rispetto al complessivo. Garantirà la razionalizzazione? Comunque il dato è impressionante: siamo quasi al 43% delle risorse solo per Salesi, Lancisi, Torrette-Umberto I, San Salvatore, Inrca.

Il problema pertanto è quello del riequilibrio, assessore. Ecco perché noi diciamo riequilibrio delle risorse. Non è quello dei piccoli ospedali, non è quello della spesa per il tasso di ospedalizzazione alto, troppo alto, soprattutto se lo si vede nell'ottica dell'appropriatezza; è forse quello di un alto livello di spesa, a fronte di un utilizzo per quei livelli alti di specializzazione, molto inferiore rispetto alle attese. Lo dicevamo in sede di discussione generale della proposta di riordino. Quanti posti letto di effettiva valenza regionale sono propri dell'azienda Torrette-Umberto I? Il loro tasso di utilizzo per i marchigiani, per quelle funzioni alte per cui si decise nel passato di trasformare il presidio ospedaliero in azienda ospedaliera, quanto è riconducibile a quelle funzioni che abbiamo deputato? Leggendo questo dato ci si accorge che noi spendiamo comunque tanto, perché l'azienda ospedaliera ci impone il pagamento più alto per prestazioni, però per funzioni che sono da ospedali di rete. Questo è il confronto vero, su queste percentuali. E da questo si può "discendere per lì rami" di un ragionamento che ci porta a dire quelli devono essere le nostre impostazioni sulla questione ospedaliera, se effettivamente la priorità è quella di riconvertire — cioè far chiudere — gli ospedali di polo applicando quelle tariffe della delibera di fine anno 2002 — perché

questo è — oppure se la priorità deve essere diversa, cioè dove si spende di più si deve iniziare a toccare, non dove si è già toccato, limato e raschiato il fondo del barile.

Ecco allora la nostra difesa di un ragionamento sui piccoli ospedali, non sul piccolo ospedale in sé. E' vero che ci vuole qualità e la qualità è data dal numero di prestazioni, è però altresì vero che certe funzioni solo i piccoli presidi possono essere in grado di assolverle e se destiniamo veramente risorse lì, allora riusciamo a risolvere il sistema, che è un sistema sbilanciato, perché dobbiamo poi finanziare quel tipo di scelte, non lasciarle solo nelle enunciazioni di principio.

Questa è la problematica, una problematica aperta sin dal vecchio piano, perché il piano sanitario 1998-2002 prevedeva fasce, classificazioni dei presidi, ospedali regionali, di rete, poli con funzioni di supporto e tra gli ospedali di rete vi era una differenziazione, in A e B, delle dotazioni minime. Quel quadro e quel sistema non è stato attuato, gli ospedali di rete non hanno avuto tutti le dotazioni minime previste dalla tabella 4.3.19, gli ospedali regionali non hanno avuto quella verifica che oggi invocano gli stessi esponenti di maggioranza, perché il relatore Ricci ieri ha affermato, in sede di replica, che la questione delle aziende sarà comunque sottoposta a verifica, soprattutto la questione del San Salvatore di Pesaro. Questo doveva essere fatto già nel 1998, perché lo scrivemmo. Tutto il sistema ospedaliero, in realtà è rimasto nella enunciazione di principio del piano.

Il nuovo piano affronta la questione, riclassifica (aziende, rete e polo), ma non affronta i nodi. Siamo in assenza di una discussione sulla differenziazione dei posti letto, all'interno dello stesso presidio ospedaliero Umberto I-Torrette. Ci sono funzioni che riguardano Ancona e il suo territorio, ci sono altre funzioni che riguardano l'alta specialità. Allora differenziamo, lo chiedono i sindacati. L'ho ricordato in relazione generale della nostra legge, differenziamo, facciamolo in maniera chiara. A Pesaro stesso discorso: c'è un'azienda ospedaliera, non c'è l'ospedale di rete. Problema anche ad Ascoli, non per l'assenza di ospedale di rete ma per il contrario: l'assenza di un

centro di eccellenza che drena rispetto a Teramo, rispetto all'Abruzzo.

La vogliamo costruire veramente questa raggiera, o questo mozzo, questo timone centrale, questa parte forte del sistema? Come? Policentricamente, diciamo noi. In realtà questo poicentrismo non c'è stato, non c'è nella visione del piano, anzi è un unicentrismo ancora più rafforzato, si guardi appunto il sistema delle tariffe che ha modificato completamente l'equilibrio tra ospedale di polo e ospedale di rete, si guardi alla questione delle aziende non toccata, si guardi alla questione dell'università e del rapporto con la principale azienda ospedaliera. L'ho ricordato in sede di relazione generale sulla proposta di legge, ma è qui che dobbiamo fare questi ragionamenti, perché con i protocolli che poi stipuliamo con le università, dobbiamo affrontare in maniera seria — l'abbiamo chiesto anche come Commissione — la discussione dei protocolli e delle intese con le università, perché lì c'è tutta una parte relativa alle problematiche: posti letto delle cliniche, quindi anche delle unità operative e delle loro articolazioni.

Sulla questione dei costi è vero che vi è un'eccellenza alta, siamo i privi ad averla difesa in questi giorni — Lancisi e Salesi — come abbiamo difeso la necessità non solo di valorizzare le esperienze fatte a Macerata per il polo oncologico, alla neurochirurgia, le ernie della colonna vertebrale ad Ascoli e a Pesaro, ma dare proprio riconoscimento formale a quel tipo di eccellenze, perché le eccellenze possono essere policentriche per certe funzioni.

Noi però diciamo che questo sistema di eccellenze vede e ha visto, anche qui, scelte parziali, perché su qualcosa si è speso moltissimo e su qualche altra cosa non si è destinato un soldo bucato, giungendo a quelle conclusioni che ieri l'assessore Melappioni cercava di difendere: la nostra fiscalità addizionale. E' vero, assessore, che la prima fascia di reddito è salvaguardata, ma la prima fascia è sotto euro 10.329, cioè in una situazione di indigenza o quasi. Non so se avete il coraggio di dire che avete salvaguardato, facendo un sacrificio in natura politica enorme. Avete salvaguardato una cosa che la stessa fiscalità nazionale, generale salvaguarda, perché sotto 20 milioni di reddito al-

l'anno anche l'Irpef nazionale, non le addizionali regionali ci sono delle salvaguardie. Non si pagano tasse sotto quel reddito, neppure addizionali. Non ci prendiamo in giro. Qui stiamo partendo da 20 milioni all'anno di reddito con uno 0,9%... (*Interruzione*). Quella era l'addizionale minima che nazionalmente era stata attribuita alle Regioni come facoltà, collega Luchetti, non c'era l'obbligo di fare l'addizionale. L'avete fatto e avete fatto addirittura di più: scaglionato fino al 4% per redditi di 135 milioni, non stiamo parlando di miliardari. Pertanto non si può dire "colpiamo i ricchi per dare ai poveri", qui colpiamo i poveri, quelli che stanno un po' meglio, gli abbienti e i ricchi pagano come i 135 milioni. I miliardari della regione Marche pagano sempre questo 4%. Quindi lasciamo stare, siamo nella fiscalità più iniqua d'Italia. Ma dove si è visto mai il meccanismo degli scaglioni? Avete introdotto un concetto perverso che è l'Irpef regionale, non l'addizionale, perché lo scaglione sulle addizionali è una cosa che veramente mi dovete spiegare sotto un profilo di scienza delle finanze.

Questo è il risultato di un sistema assolutamente squilibrato. Ricordo ancora i costi lordi pro-capite per provincia, i costi netti pro-capite, anche al netto della mobilità. C'è uno sbilanciamento enorme.

Abbiamo ricordato che la spesa ospedaliera è sbilanciata non verso il basso ma verso l'alto per quanto riguarda certe funzioni e certe criticità del sistema tra i livelli veri regionali di alta specialità e i livelli territoriali, abbiamo ricordato la questione dei costi che vengono divisi anche pro-capite in maniera diversa, accenniamo all'integrazione socio-sanitaria e al caso anziani, perché sull'integrazione si è voluto spendere una moneta forte e pesante, lo condividiamo. Ci è piaciuta tutta l'analisi iniziale del piano. Lo dico in maniera aperta, ma l'ho detto anche in Commissione: questo piano almeno ha una premessa assolutamente profonda, approfondita, seria, coraggiosa, perché parla anche di realtà sociale, di realtà socio-economica, parla dei bisogni, parla delle fragilità. Questa è una riflessione che secondo me, su un piano sanitario, in generale, deve esserci, perché dobbiamo parlare di sanità in

questo senso, nel senso di guardare ai bisogni, prima di tutto dare risposte conseguenti. Purtroppo rimane teorica l'impostazione, perché la questione-anziano, i posti letto della geriatria... Ricordo una eccellente relazione, in audizione, delle società di geriatria delle Marche. Sono 100 i posti letto di geriatria in tutte le Marche rispetto ai 1.400 della medicina? Siamo in una situazione nella quale l'incidenza del ricovero dell'anziano che ha certe problematiche, è ben diversa. E' vero che nel momento dell'acuzie deve andare dallo specialista, ma subito dopo deve essere riportato nelle unità valutative che non hanno mai funzionato, perché il percorso deve essere unitario: medico di medicina generale con il geriatra, con lo specialista quando serve, in un tutt'uno e con l'assistente che può essere in grado, nelle strutture socio-assistenziali da garantire, da rafforzare, nelle strutture socio-sanitarie da veramente completare. Il piano dice che ci sono pochi posti letto in Rsa, poche residenze protette rispetto, per esempio, il complessivo numero delle case di riposo. Deve essere un tutt'uno il percorso, perché il problema dell'anziano, tante volte, è la sua solitudine, lo spezzettamento degli interventi sanitari, non legati all'intero percorso o è addirittura il troppo, l'eccesso di prestazione, l'eccesso, per esempio, dell'uso del farmaco che provoca poi disfunzioni peggiori rispetto a quelle che si vogliono curare.

Non viene detto chi deve fare, cosa e con quali risorse conseguenti, non c'è un'inversione di tendenza sui posti letto per quanto riguarda lo squilibrio geriatria-medicina. La geriatria deve essere potenziata e deve essere diminuito l'impatto della medicina generale sui posti letto complessivi, perché tante volte è proprio l'anziano, anzi nella maggior parte dei casi è proprio l'anziano che utilizza quei posti letto. Allora deve essere trattato in una maniera differente rispetto al passato. Queste sono considerazioni che vengono dalla Società scientifica di geriatria, non mie considerazioni. Io ritengo che abbiano, a mio avviso, toccato un aspetto importante.

Concludo dicendo che questo piano, pertanto, non scioglie quei nodi che abbiamo detto essere, ad una lettura attenta del nostro sistema sanitario regionale, i veri nodi che comportano,

a cascata, la criticità del sistema sotto un profilo dell'equilibrio economico, la criticità del sistema sotto il profilo dell'equilibrio della risposta in termini di servizi nel loro complesso, ospedalieri per primi ma anche territoriali; abbiamo detto essere dei nodi che hanno comportato la criticità per quanto riguarda le risposte in termini di efficacia ed efficienza e razionalità del servizio: liste di attesa, problema della impossibilità della risposta in termini di equilibrio ed efficienza complessiva tra il momento dell'acuzie, quello dell'emergenza e quello della stabilizzazione, pertanto dell'uscita dal sistema ospedaliero e ingresso o nella ordinarietà della vita oppure nel percorso riabilitativo che porta al recupero funzionale, totale delle funzioni di ognuno.

Tutto questo ci porta a essere assolutamente critici nei confronti di questo piano sanitario 2003-2006 e pertanto, anche in questa sede porteremo le nostre valutazioni di merito contro questo tipo di impostazione che non risolve, ma aggrava i problemi della sanità marchigiana.

PRESIDENTE. Ha la parola l'assessore Rocchi.

LIDIO ROCCHI. In questi giorni di dibattito, caratterizzato da pretestuose polemiche di parte, un ascoltatore esterno, ignaro delle caratteristiche dei servizi marchigiani, potrebbe aver avuto l'impressione di trovarsi in una regione dotata di servizi sanitari approssimativi e frammentati. Ma così non è.

In realtà il documento di programmazione sanitaria che siamo chiamati oggi a discutere costituisce il punto d'arrivo di un lungo percorso di programmazione che ha consentito negli anni di coniugare le necessità di specializzazione e qualificazione dei servizi con una loro presenza articolata e diffusa, a misura d'uomo, tipica delle caratteristiche geodemografiche e storiche delle marche.

Mi piace ricordare che la regione è stata la prima regione italiana a dotarsi, nel 1981, di un piano socio-sanitario e, guarda caso, l'assessore, a quel tempo, era un socialista. E mi piace rivendicare la continuità amministrativa di un percorso che ha consentito, negli anni, un in-

cessante sviluppo della qualità dei servizi. Questo è avvenuto nella città di Ancona, che già partiva da una qualificata offerta, ma soprattutto nelle altre province, ove si è registrata una profonda trasformazione dei principali presidi ospedalieri ed un diffuso sviluppo dei servizi territoriali.

Il nuovo piano sanitario si pone l'obiettivo ambizioso di spostare l'asse dell'attenzione dai servizi alla salute. Si tratta di un salto concettuale forte, necessario per una diversa valutazione delle prestazioni che eroghiamo, fondamentale per effettuare scelte ed investimenti che hanno senso solo se riescono realmente a modificare lo stato di salute e la qualità della vita della popolazione.

In questo quadro si pone la necessità di un diverso e più avanzato disegno della rete: servizi ospedalieri di rete più specializzati e concentrati, evitando frammentazioni ed inutili duplicazioni; ridefinizione della diffusa presenza dei piccoli ospedali di polo, con funzioni di elevata integrazione con i servizi territoriali ed orientati a garantire cure di base, primo soccorso, servizi specialistici ambulatoriali; potenziamento dei servizi territoriali e delle cure a lungo termine per disabili, anziani e categorie fragili; qualificazione dei servizi di prevenzione.

Il nuovo piano sanitario è quindi un piano che completa un percorso di qualificazione dei servizi, ma è anche uno strumento di programmazione e controllo della spesa in quanto il riequilibrio dell'offerta, con la programmata riduzione dei posti letto dei servizi duplicati, consente di finanziare lo sviluppo pur proseguendo nel percorso di controllo e rientro della spesa avviato dallo scorso anno.

Poiché la principale voce di riduzione di spesa è quella dei posti letto, per raggiungere pienamente questo obiettivo è necessario tuttavia che l'applicazione del piano avvenga garantendo una rigida e coerente applicazione di questi parametri.

La riduzione dei posti letto, in particolare, non potrà avvenire lasciando immutata la dislocazione dei reparti e degli organici, come mi dicono stia avvenendo in alcuni ospedali. E' invece necessario procedere ad una aggregazione funzionale di più reparti, a riduzioni di

spazi, alla massima razionalizzazione dei turni. E' necessario ridurre l'autoreferenzialità di alcuni servizi. E' necessario realizzare, con i medici di medicina generale, accordi più avanzati sull'appropriatezza delle prestazioni. E' necessario programmare il massimo utilizzo delle apparecchiature tecnologiche per ridurre liste di attesa troppo spesso ancora inaccettabili e che creano un forte disagio ai marchigiani. E' necessario rimuovere l'ulteriore sviluppo dei nostri servizi di eccellenza ed occorre una attenzione particolare per il Salesi, come poi è stato fatto, con le modifiche rispetto alla prima stesura, che hanno potuto ad avere una massima autonomia, sia nella fase gestionale che nella fase più importante che è quella finanziaria. Ecco il motivo per cui credo che queste eccessive polemiche che ci sono da parte delle forze politiche o da parte di rappresentanti delle istituzioni, devono cessare per il bene dei cittadini marchigiani. Credo che queste polemiche molte volte vanno addirittura a mettersi in contrasto con i molti ammalati che abbiamo in questa regione, quindi ritengo che questa polemica possa cerare, sulla loro pelle, da parte di qualche forza politica, una visibilità che va a discapito della sanità marchigiana.

E' giunto il momento di abbassare i toni di questa polemica, perché ritengo che ci siano tutte le condizioni per poter dare agli ospedali Lancisi e Salesi le cose che hanno chiesto e che sono state già in buona parte risolte.

In conclusione ritengo che questo piano costituisca un importante strumento di lavoro, che raccoglie una lunga esperienza programmatoria e crea le condizioni per una ulteriore qualificazione del servizio sanitario nelle Marche. E' necessario tuttavia un suo attento monitoraggio e chiediamo quindi un impegno costante di tutti coloro che saranno istituzionalmente coinvolti nella sua applicazione, perché siano sempre rispettati i suoi principi ispiratori.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Ceroni.

REMIGIO CERONI. Signor Presidente, signori consiglieri, l'atto 99/2003 che stiamo discutendo riguarda il nuovo piano sanitario

regionale 2003/2006. Tale piano sostituisce quello approvato con la L.R. 34 del 1998. Nel formulare il nuovo piano sanitario regionale bisogna tenere conto di uno scenario sociale e politico diverso rispetto a quello di allora.

La riforma del titolo V della Costituzione (Legge Cost. 3/2001) ha completato il processo di trasferimento alle Regioni del ruolo di programmazione, organizzazione, gestione dei servizi sanitari avviato con il D. Lgs. 502/92 e proseguito con il D. Lgs. 229/99.

Il legislatore costituzionale ha posto con grande chiarezza in capo allo Stato la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che debbono essere garantiti a tutti i cittadini su tutto il territorio nazionale. Con il D.P.C.M. 29 nov. 2001 lo Stato ha definito con le Regioni le prestazioni essenziali che le regioni devono garantire.

Con i Governi di centro-sinistra Prodi-D'Alema-Amato la quota di PIL impiegata nella Sanità si è, nel corso degli anni, progressivamente ridotta ed è passata dal 6,4% del 1990 al 5,6 del 2000. Il nuovo Governo Berlusconi invece, fin dal suo insediamento ha compiuto un evidente sforzo per aumentare le risorse a disposizione del servizio sanitario. Berlusconi si è impegnato a destinare al suo funzionamento, entro un arco temporale ragionevole, il 6% del pil.

Con l'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 il Governo ha incrementato il Fondo sanitario nazionale e lo ha fatto in maniera considerevole aumentando il fondo in 4 anni di 100.000 miliardi rispetto al fondo 2000, mentre le Regioni si sono impegnate a far fronte alle maggiori spese rispetto alla quota assegnata dallo Stato con mezzi propri reperiti anche attraverso ulteriore imposizione diretta.

Mi limito a ricordare le cifre: il fondo sanitario nazionale era di 124.000 miliardi nel 2000, di 138.397 nel 2001, di 146.376 nel 2002, di 152.122 nel 2003 e di 157.371 nel 2004. Su questo torneremo nel corso del dibattito.

Le leggi ed i provvedimenti adottati nel corso di questi ultimi anni hanno affermato un modello di sistema socio-sanitario che ha come attore principale la Regione, considerata, a livello organizzativo istituzionale, ideale per

dimensioni, velocità di risposta ai problemi, vicinanza e sintonia culturale con la gente.

In virtù di ciò, tutte le Regioni si sono dovute prodigare per ricercare un loro equilibrio in termini di impiego delle risorse e soddisfazione degli utenti.

Il Nuovo Piano sanitario regionale 2003-2006 doveva essere redatto, dunque, tenendo in considerazione due obiettivi fondamentali:

- garantire a tutti i cittadini i livelli di assistenza previsti dallo Stato;
- l'equilibrio economico-finanziario della gestione.

E' evidente che il sistema sanitario marchigiano presenta consistenti differenziali di salute nella popolazione, legati ad una qualità dei servizi molto disomogenea nel territorio regionale e ad una non equa accessibilità e fruibilità degli stessi.

In questo senso la situazione attuale non è diversa da quella che aveva dato origine al piano sanitario regionale del 1998: ciò significa che il piano precedente (legge regionale 34/1998) ha fallito i suoi obiettivi, di sicuro non è stato attuato e ciò appare molto grave anche alla luce del deficit miliardario accumulato nella gestione del servizio sanitario regionale.

Infatti l'impiego di oltre 2.400 miliardi di vecchie lire di risorse in più rispetto alla quantità assegnata dallo Stato nel periodo di competenza di questa maggioranza, 1995-2002, non ha significato un aumento, un miglioramento della qualità del servizio, che nel corso degli anni è anzi decisamente peggiorato.

Nelle premesse del nuovo piano sanitario regionale mi sarei aspettato che la Giunta avesse chiarito almeno due cose. Primo: le risorse che vengono assegnate alle Marche quale quota parte del F.S.N. sono sufficienti per garantire i livelli essenziali di assistenza? Se non sono sufficienti, si riduce il livello di garanzia assistenziale oppure si ricorre a nuova imposizione? Secondo: la Regione Marche, rispetto ai livelli essenziali di assistenza previsti dallo Stato, vuole garantire ai cittadini ulteriori livelli di assistenza? In che modo intende finanziare questi ulteriori livelli di assistenza?

Queste sono questioni cruciali che il piano doveva porre a premessa.

Un piano sanitario deve essere costruito

con l'obiettivo di garantire la qualità dei servizi, l'accessibilità, l'equità, l'universalità. Deve essere sostenibile in termini di costi. Mi auguro che su questo l'assessore voglia dare delle risposte.

L'indagine sulla qualità della vita e sul Sistema sanitario delle Marche", da voi commissionata all'UNICAB ha rilevato come il 78% dei cittadini ritiene necessaria la riforma del sistema; il 75% ritiene inaccettabili i tempi di attesa per accedere alle prestazioni diagnostiche; il 71% ritiene inaccettabili i tempi necessari per accedere alle prestazioni specialistiche; il 63% dice che l'attuale sanità non risponde alle esigenze dei cittadini.

Per conoscere il giudizio che i cittadini delle Marche hanno del SSR non serviva certo un'indagine. Potevate chiedere a noi, potevate passare qualche ora nella sala d'attesa di qualche pronto soccorso delle Marche e vi sareste resi conto di quali sono i forti sentimenti di sfiducia dei cittadini marchigiani nei confronti del servizio sanitario nazionale.

Tralascio di elencare le criticità del servizio sanitario nazionale che sono state riportate molto bene a pag. 20 del piano e nelle pagine successive. Sapete bene quali sono le questioni di fondo della sanità marchigiana. D'altra parte non vi mancano i consulenti, perché su questo, in questi anni avete lavorato bene.

Il problema è che non volete affrontare queste criticità. Il nuovo piano nasce già vecchio. Siamo in presenza di un vecchio piano sanitario, mentre avreste dovuto fare un piano per la salute.

Il piano doveva essere anche socio-sanitario. Altre Regioni hanno fatto un piano socio-sanitario, nel titolo ma anche nei contenuti. Doveva cioè prevedere una forte integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari, al fine di rispondere meglio ai bisogni del cittadino, così come prevede la legge 328/2000.

In questo piano non c'è traccia di come i servizi sociali si integrano con quelli sanitari, non è dato sapere come questo può avvenire

Passiamo al "Rapporto del SSR con il cittadino"

L'indagine di cui sopra ha portato in evidenza come, in primo luogo, il PSR doveva affrontare la questione del rapporto del SSR

con il cittadino. Tale rapporto deve essere impostato in modo innovativo rispetto al passato.

E' infatti indispensabile che gli utenti sperimentino, nella quotidianità degli eventi, un effettivo cambiamento nell'approccio con le organizzazioni sanitarie, un approccio che sia capace di rendere evidente il profilo di servizio per il cittadino e di concretizzare risposte rapide ai bisogni della gente.

A tal fine la prima necessità è quella di promuovere la crescita professionale degli operatori sanitari e la crescita, in termini di capacità comunicativa, del personale a contatto con il pubblico.

Sappiamo pure che le risorse che il piano impegna non sono certamente poche, anzi il problema è come queste risorse vengono utilizzate. Il problema è come viene utilizzato il denaro pubblico.

La prevenzione. E' convinzione comune che prevenire è meglio che curare. Il piano doveva affermare il valore supremo della prevenzione quale strumento fondamentale per la tutela della salute.

L'accordo Stato-Regioni sulla ripartizione del F.S.N. ha indicato come ragionevole destinare una percentuale del 5% delle risorse alla prevenzione. La Regione Marche ha destinato negli anni scorsi alla prevenzione solo il 2,5%, cioè una quantità di risorse assolutamente insufficiente. Tale carenza di spesa ha limitato lo sviluppo dei dipartimenti di prevenzione, previsti dal D. lgs 229/99 art. 7 bis e art. 7 ter e ha determinato una carenza di iniziative ed uno svilimento delle potenzialità.

Le attività di prevenzione devono rappresentare uno dei cardini dell'organizzazione sanitaria e devono essere inserite in modo stabile e continuativo nella normale programmazione, trovando modelli organizzativi concreti che si inseriscano in tutti i livelli ed in tutti i settori delle attività, siano esse distrettuali od ospedaliere.

Deve essere stimolata una sensibilità generale a questo tema e le aziende, ora zone territoriali, devono utilizzare i momenti di incontro tra l'utente e la sua famiglia, con il mondo della sanità, come occasione di prevenzione, al fine di fornire informazioni concrete

su come promuovere e proteggere la salute propria e di tutta la comunità.

In questo senso, uno degli obiettivi doveva essere quello di promuovere campagne specifiche di promozione e protezione della salute su importanti temi che, per la loro rilevanza e ricaduta in termini di costi sociali, sono individuati come prioritari (es.: prevenzione ed intervento sull'abitudine al fumo, ecc.).

Il piano deve promuovere iniziative di stimolo e controllo della qualità su tutte le realtà operanti nel mondo della salute, siano esse pubbliche, private del privato sociale o del volontariato, in modo che l'attività di prevenzione (per l'utente, la famiglia e la comunità) venga a far parte in modo continuativo della normale attività operativa.

E' importante rilevare come una quota non secondaria di costi in termini di salute, sociali ed economici è imputabile a cause che possono essere rimosse, in tutto o in parte, con interventi di prevenzione. Questo tipo di interventi consente inoltre di aumentare la sicurezza dei cittadini rispetto ai rischi per la salute presenti negli ambienti di vita e di lavoro.

Incrementando gli interventi di prevenzione, si produce un notevole guadagno in termini di salute, in termini sociali ed economici. La Regione Marche, ad esempio, ha il triste primato degli infortuni mortali sul lavoro. Questo è un grave problema dai costi sociali ed umani molto pesanti. Leggevo qualche giorno fa che nel 2001 abbiamo avuto 3.292 infortuni sul lavoro con 13 casi mortali, nel 2002 ve ne sono stati 2.148 con un numero inferiore di morti, 8 o 10. Questo dimostra che se si fa un lavoro di prevenzione si possono ridurre questi fatti. Pensate a quanto abbiamo risparmiato passando da 3.192 a 2.148. Il piano avrebbe dovuto porre maggiore attenzione al problema degli infortuni nei comparti dell'edilizia, dell'agricoltura e nei comparti più significativi per ciascuna realtà territoriale. Avrebbe dovuto avere maggiore attenzione alla individuazione, in applicazione del D. Lgs 626/94, dei luoghi di lavoro in cui si utilizzano sostanze cancerogene; alla attuazione di interventi di informazione, formazione ed aggiornamento, anche d'intesa con le associazioni di categoria, nei confronti dei principali soggetti della prevenzione, con

l'istituzione di uno sportello informativo rivolto a tutte le aziende ed ai lavoratori, in particolare ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RSL). La Regione non deve essere vista come una controparte delle aziende. Capisco, a volte le aziende edilizie che si trovano in difficoltà nell'allestire i cantieri di lavoro ma la Regione deve fornire l'assistenza, non deve reprimere; deve dare un contributo diverso da quello che gli uffici delle Asl hanno dato fino ad oggi.

Passiamo ora all'assistenza distrettuale.

Sempre l'accordo Stato-Regioni per la ripartizione del F.S.N. ha ritenuto ragionevole destinare il 50% delle risorse all'Assistenza Distrettuale che comprende: l'assistenza territoriale (19%); l'assistenza farmaceutica (13%); la specialistica (13%); l'assistenza anziani (5%). Nelle Marche tale quota non raggiunge il 47%.

L'assistenza distrettuale, per carenza di risorse, ha pagato un prezzo altissimo in termini di efficacia e di efficienza delle prestazioni. E' mancata in pieno la funzione dei distretti.

Il piano sanitario avrebbe dovuto incentivare la piena operatività e la valorizzazione dei distretti, in armonia con quanto previsto dal PSN, tenuto conto del D. Lgs. 229/1999 e di tante positive esperienze nazionali ed internazionali.

Le seguenti indicazioni devono pertanto intendersi come obiettivi a cui le zone territoriali devono tendere, mantenendo comunque gli opportuni margini di flessibilità e autonomia nella definizione gli aspetti organizzativi che devono necessariamente tenere conto delle specifiche realtà territoriali.

I distretti non funzionano, lo sappiamo tutti. Andate nel territorio del Fermano e vedrete cos'è il distretto di Monte San Pietrangeli. So che voi vivete nelle grandi città delle Marche dove c'è una struttura diversa, ma andate a fare un giro, voi state troppo chiusi nelle vostre stanze. Il ruolo del Distretto è fondamentale. Il Distretto deve: interpretare e regolare, anche in termini di appropriatezza, la domanda sanitaria sociosanitaria adeguandola alle risorse disponibili; costruire connessioni tra bisogni e risorse; svolgere, all'interno delle zone territoriali,

il ruolo di coordinamento e di integrazione di tutte le attività di assistenza sanitaria extraospedaliera; offrire un'attenzione "personalizzata", particolarmente mirata ai soggetti deboli, spesso anche svantaggiati dalla incapacità di accedere alle informazioni. Il Distretto deve garantire nel proprio territorio il coordinamento, l'integrazione funzionale ed il controllo dei fattori della produzione, mentre i dipartimenti specialistici ne costituiscono il supporto.

In questa logica il distretto, valorizzando il ruolo dei professionisti che vi operano, deve porsi come soggetto capace di analizzare, valutare e gestire, la domanda proveniente dai cittadini, acquisendo anche dai dipartimenti, intesi quali strutture di offerta, le prestazioni necessarie a rispondere ai bisogni dei cittadini stessi.

Quindi il distretto deve svolgere un ruolo strategico ed organizzativo e il dipartimento deve svolgere funzioni di erogatore delle prestazioni, con autonomia tecnica e scientifica.

In questo senso, occorre che il dipartimento sviluppi una logica finalizzata a rispondere, attraverso i propri punti di erogazione, alle esigenze espresse dal distretto entro il cui territorio le prestazioni sono erogate.

In quest'ottica il distretto deve divenire centro di riferimento e di accesso del cittadino per tutti i servizi sanitari e socio-sanitari, in modo da evitare la frammentazione delle risposte assistenziali attualmente esistente in relazione alle diverse tipologie di domanda.

Ho letto da qualche parte una bella definizione di distretto: "porta di accesso unificata" alle reti dei servizi sanitari.

Ruolo centrale, ai fini della programmazione della rete dei servizi territoriali, doveva essere affidato agli enti locali, con il supporto e il contributo degli organismi della partecipazione e delle famiglie stesse, alle quali va riconosciuto il diritto di esprimere — direttamente e complessivamente — la propria domanda di servizi.

Il quadro così delineato porta a un ribaltamento del sistema attualmente esistente: il cittadino non si muove più alla ricerca delle risposte settoriali, ma diviene destinatario di una rete di risposte complessive e integrate.

Alla sanità marchigiana serve una rete

territoriale più forte e più capace di assolvere compiutamente alle proprie funzioni (potenziando in maniera significativa le sue componenti di base, specialistiche, di residenzialità e di domiciliarità), evitando ricorsi inutili alla realtà ospedaliera.

In tale complessivo contesto diventa strategico, ai fini del controllo della domanda, il ruolo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. Non si può gestire la sanità senza la collaborazione decisiva dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

Alla sanità marchigiana serve una serie di misure forti con risorse finalizzate alla soluzione del problema degli anziani e della non autosufficienza, aumentando il livello dell'offerta e sperimentando punti unificati di accesso ai servizi sanitari e sociali e ad eventuali altri servizi aggiuntivi a quelli esistenti, che creino condizioni capaci di incidere positivamente anche sulla sfera relazionale e sociale. Il problema degli anziani deve essere al primo posto nella nostra attenzione. La pubblicazione che ci ha fatto pervenire l' "Associazione amici del Geriatrico" indica quanti anziani vi sono nelle Marche. Serve un sistema di emergenza più sicuro, sia sul piano degli standard strutturali, tecnologici e organizzativi (sistema integrato ospedale/territorio), sia su quello della funzione di soccorso e di trasporto (anticipazione della diagnosi e telesoccorso). Il sistema dell'emergenza non può essere affidato solo alle mani del volontariato. Il volontariato deve fare da supporto, ma bisogna avere una struttura di base. Serve un ulteriore potenziamento della risposta diagnostica per ridurre i tempi di attesa che sono diventati inaccettabili. Serve un incremento significativo dei sistemi di accesso alle prestazioni, attraverso lo sviluppo di strumenti di innovazione tecnologica che rendano possibile il movimento delle informazioni rispetto a quello delle persone. Non basta la possibilità di effettuare le prenotazioni delle prestazioni utilizzando lo strumento telefonico o i sistemi di rete esistenti (Internet), ma serve anche che i sistemi di rete esistenti siano utilizzati per potenziare i momenti di informazione (call center o altre modalità informative), per assicurare collegamenti diretti tra medici di famiglia e

strutture diagnostiche, al fine di rendere disponibili i risultati degli esami effettuati da un cittadino in via telematica direttamente allo studio del medico. Vanno bene i risultati diagnostici a casa, e vi ringrazio di avere recepito una mia richiesta fatta a suo tempo attraverso una mozione, ma non basta

Alla sanità marchigiana serve urgentemente un veloce riallineamento delle risorse finanziarie assegnate alle diverse realtà territoriali delle Marche.

Per la sanità marchigiana è importante il riconoscimento e il coinvolgimento dell' associazionismo, con particolare riguardo alle iniziative promosse dalle famiglie, dalle associazioni utenti, dal volontariato, dalla cooperazione sociale, ecc., nella attività di programmazione locale e nello svolgimento di attività di tipo assistenziale.

Nell'ambito dell'assistenza distrettuale rientra la spesa farmaceutica, che negli anni si è elevata in tutte le regioni soprattutto per effetto dell'abolizione dei tickets operata per misere finalità elettorali dal Governo Amato.

Nelle Marche, nel 2002, la farmaceutica ha assorbito il 15,4% della spesa mentre l'accordo sul FSR prevede una quota del 13%. Ciò è doppiamente negativo, perché riduce la quota di risorse per l'assistenza distrettuale. Se al 50% togliamo il 13% resta il 37%, ma se al 47% togliamo il 15,4% resta poco più del 31%. Nelle Marche, la spesa farmaceutica, nel 2002 ha raggiunto i 308 milioni di euro. Nel 2003 si presume che si attesterà sui 293 milioni di euro contro una disponibilità di 263 milioni di euro. Altro che 20 milioni di euro di risparmio previsti nel piano sanitario 2003!

Sarebbe stato opportuno dare corso a qualche significativa misura sia per ragioni di giustizia - le medicine non possono essere gratis per tutti, indifferentemente dal reddito - sia per riportare la spesa il più vicino possibile nei limiti delle disponibilità finanziarie.

Passiamo alla spesa ospedaliera.

Nei maggiori paesi europei, pur in presenza di modelli diversi, si tende a contenere la spesa ospedaliera in una percentuale vicina al 40% della spesa sanitaria. L'Italia è in ritardo su questo fronte e la spesa per l'assistenza ospedaliera si avvicina al 45%.

Nelle Marche il problema è ancora più grave perché la spesa ospedaliera si colloca intorno al 50% della spesa sanitaria totale.

Questo eccesso di spesa ospedaliera toglie risorse, come già detto, sia alla prevenzione, sia all'assistenza distrettuale. Voi sapete bene (l'avete scritto nel piano) che cosa determina l'elevato costo dell'assistenza ospedaliera. I dati dicono 1.037 milioni di euro nel 2001. Sapete bene che ciò dipende: dall'elevato numero di strutture ospedaliere (47 presidi ospedalieri, più 11 privati); da un eccesso di posti letto per acuti (6.908); dall'elevato numero di unità operative ospedaliere (20,6 per 100.000 abitanti contro una media nazionale di 13,8); dall'elevato tasso di ospedalizzazione che voi dite "stiamo riducendo", ma siamo passati da 209 ricoveri per mille abitanti nel 2001 rispetto ai 210 del 2000; dal basso tasso di occupazione media regionale dei posti letto; da un alto tasso di inappropriatazza dei ricoveri; da un eccesso di mobilità verso altre Regioni (139 miliardi nel 2000).

Rispetto a questo voi non adottate alcun provvedimento per il contenimento dei costi. La riduzione dei posti siete obbligati a farla per attenzione a disposizioni nazionali, mentre la riorganizzazione della rete ospedaliera è rinviata a sei mesi, grazie a un emendamento che abbiamo fatto al piano, in Commissione.

La realtà ospedaliera deve essere più orientata alla medio-alta intensità di cura, con un miglioramento significativo del livello tecnologico ed un aumento dei punti di eccellenza in strutture di riferimento a livello regionale, distribuite sul territorio per potenziare la capacità di risposta alle esigenze dei cittadini marchigiani e quindi ridurre la mobilità passiva sia all'interno della regione sia verso regioni limitrofe. Tale risultato deve essere raggiunto prioritariamente attraverso la riconversione di una parte delle risorse attualmente utilizzate per i ricoveri inappropriati, fermo restando il trasferimento alle funzioni territoriali della rimanente quota per l'indispensabile potenziamento dei servizi.

Per ragioni di tempo chiudo il mio intervento esprimendo un giudizio negativo sul nuovo piano sanitario regionale, perché non affronta i problemi reali della sanità

marchigiana. Forse rinvia a dopo le elezioni regionali del 2005 le soluzioni di questi problemi. La sanità marchigiana accusa un ritardo di almeno cinque anni nel processo di ristrutturazione, riorganizzazione e adeguamento ai nuovi modelli organizzativi. Per voi il 229 del 1999 non è esistito e questo non è colpa dei funzionari, ma della maggioranza che, se affronta questi problemi non trova accordo.

Ciò è molto grave, perché almeno nella sanità questa Giunta regionale, visto che non l'ha fatto negli altri settori di competenza — viabilità, infrastrutture e tutto il resto — poteva dimostrare le sue capacità di governo. L'occasione era propizia. Questa Giunta regionale, probabilmente, ha già alzato le mani. Politicamente ve ne siamo grati, ma abbiamo troppo a cuore le sorti dei marchigiani per non essere fortemente dispiaciuti e preoccupati.

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
SANDRO DONATI

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Procaccini.

CESARE PROCACCINI. Starò nei tempi, Presidente, perché avremo modo di entrare successivamente nella discussione, durante l'esame degli articoli. Nonostante lo sforzo ed anche l'imbarazzo dei colleghi del Polo e del centro-destra, la ricetta del Governo Berlusconi avvia un vero e proprio processo di trasformazione e privatizzazione in senso assicurativo e privatistico del servizio sanitario nazionale, che invece deve rimanere interamente pubblico, finanziato sulla base della solidarietà fiscale generale, per essere in grado di garantire prestazioni e diritto a salute e cura uguale per tutti i cittadini, a prescindere dalle loro condizioni economiche e sociali.

La vera posta in gioco della privatizzazione della sanità che propone il Governo è la totale trasformazione del sistema socio-assistenziale, con la creazione di una sanità di serie A per i ricchi e di una di serie B per i poveri. In questa logica assicurativa, come se la salute fosse una merce, ogni individuo dovrà fare mutuo sulla propria vita. Per gli

anziani e i meno abbienti ciò equivale ad una lenta condanna a morte.

Togliatti affermava, in un celebre discorso nel dopoguerra, alla Camera dei deputati, che “almeno di fronte alla salute, ricchi e poveri devono essere tutti uguali”. Per noi questo messaggio rimane valido, attuale, moderno. Per noi il piano sanitario regionale rappresenta il cuore di questa legislatura, perché costituisce una risposta totalmente alternativa, di tipo pubblico, universale, rispetto alla cultura dominante, aziendalista, che equipara appunto la salute a qualsiasi altra merce.

Il piano sanitario regionale 2003-2006 si pone in continuità con il piano in vigore, ne deve costituire, in parti significative, l'effettiva concretizzazione, come i distretti sanitari, quelli normali, ma anche quelli sperimentali che costituiscono gli elementi di effettiva lettura dei bisogni sanitari e di salute e devono orientare l'appropriatezza della cura, che non sempre deve essere verso il ricovero ospedaliero.

Il piano sanitario, stante il meccanismo ormai autonomo di finanziamento delle Regioni entro il proprio bilancio, compie una scelta significativa di un nuovo orientamento delle risorse verso l'appropriatezza e la razionalizzazione, senza penalizzare i servizi, senza chiudere gli ospedali. Si pone nella logica della trasformazione e non già in quella della chiusura portata avanti dal Governo nazionale. Quest'ultimo è il fatto centrale, sia dal punto di vista numerico per l'alto numero di ospedali presenti nelle Marche, sia dal punto di vista extrasanitario, perché, come recita il piano a pag. 110, “gli ospedali costituiscono, quelli piccoli in particolare, patrimonio storico da salvare”.

Per la verità questa concezione extraospedaliera non attiene solo ai piccoli ospedali, altrimenti non si capirebbe la drammatizzazione, fuori luogo, avvenuta ieri sul Salesi. Ma il patrimonio storico ospedaliero non deve servire a una battaglia, come fanno alcuni nel centro-destra ma non solo — come abbiamo visto tutta localistica — ma deve servire alla risposta sanitaria. Bisogna guardare alla sostanza e non alle targhette.

La trasformazione deve essere contestuale, altrimenti andremmo a penalizza-

re i servizi delle zone periferiche. Deve essere visibile in termini di prevenzione, di riduzione delle liste di attesa, per visite diagnostiche che sono decisive nella prevenzione delle malattie gravi.

Questa politica ha soprattutto bisogno di maggiori risorse pubbliche, non di occasionali, ricchi sponsor. Il debito sanitario è alto nelle Marche, tuttavia noi non condividiamo il giudizio della destra, e non solo, che grida addirittura alla bancarotta, per due motivi. In primo luogo perché dai mille miliardi di deficit ereditati dalle Giunte del centro-sinistra nel 1995, oggi il debito è drasticamente ridotto; in secondo luogo, fermo restando che l'eliminazione delle spese improprie va sempre perseguita, tuttavia l'elevata spesa nella sanità attiene all'elevato grado della sanità pubblica medesima delle Marche. Chi pensa ad una sanità autofinanziata anche nella nostra regione non vuole la sanità pubblica ma quella assicurativo-privatistica.

Non mi soffermo sulla graduazione della rete ospedaliera, perché condivido la relazione del collega Ricci, ma va respinta la demagogia della Casa delle libertà sui piccoli ospedali. Siete “incredibili” colleghi, nel senso di non credibili, di bugiardi, perché se questa maggioranza e questo piano sanitario regionale avessero seguito le indicazioni del vostro ministro Sirchia, si sarebbero dovuti chiudere tutti gli ospedali di polo. Infatti nella sua visita alle Marche lo scorso anno, il ministro Sirchia ha detto chiaramente: “in particolare nelle Marche i piccoli ospedali sono un pericolo, vanno chiusi”. E non è un caso che il Governo alle Marche, ma non solo, ha tagliato 1.200 posti letto.

Avremo modo in seguito di entrare nel merito della discussione e noi lo faremo con molta attenzione.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Giannotti.

ROBERTO GIANNOTTI. Credo che quando D'Ambrosio parla di coerenza rispetto a questa scelta della Giunta regionale non dica una cosa del tutto esatta. Credo che se c'è una cosa che in qualche modo debba essere ribadita, è che sul complesso della manovra sanitaria, se c'è una posizione non coerente questa è la

posizione dell'Esecutivo regionale che "ha dato i numeri". Voglio non si dimentichi che su questo problema delle aziende sanitarie la Giunta regionale ha cominciato a dare i numeri, a parlare di 3, 4, 5, 6 aziende, tutto quello che era lo scibile umano, per arrivare poi alla grande idea dell'azienda unica regionale, un'azienda unica regionale che poi è stata annacquata con una dose del vecchio regime organizzativo e questo non può che piacerci, ha ragione il mio collega Brini il quale dice "non può che piacerci rispetto ad una posizione di coerenza che noi abbiamo sempre tenuto sulle 13 Asl, che in qualche modo viene ripresa e sviluppata dalla Giunta regionale nella proposta finale, conclusiva relativa al riordino. L'esito, Presidente D'Ambrosio, non se ne dispiaccia, non è così ottimistico come lei ieri sera ha espresso; l'esito è una complicazione sanitaria difficilmente gestibile, ma soprattutto è una complicazione difficilmente produttiva. Siamo convinti che non ci saranno risultati positivi né sul piano del risanamento finanziario, né sul piano del recupero di efficienza e di efficacia dei servizi.

Lei ha poi parlato di scelta partecipata, esprimendo soddisfazione "perché con il sindacato non si è arrivati allo scontro". Non riesco a misurare un livello di conflittualità diverso dallo scontro rispetto a quello che è successo. Prendo atto che questa proposta non ha il consenso del sindacato, non ha la sua legittimazione, è passata nell'indifferenza delle forze sociali dopo un primo consenso, anche se molto interessato, quindi non basta dire, come ha fatto ieri sera, "abbiamo evitato lo scontro con la Cgil", quello che conta è che questa proposta, oltre a non avere il consenso dell'opposizione, della società marchigiana, non ha nemmeno il consenso dell'opinione pubblica.

Maggioranza compatta. Io ho un giudizio diametralmente opposto al suo, non so dove lei viva Presidente, probabilmente ha sbagliato Giunta. Sarei contento se riuscisse anche ad ascoltarci e non riprendesse l'abitudine di disertare le sedute del Consiglio regionale.

Questa maggioranza è lacerata sul piano politico, basti pensare ai distinguo dei Comunisti italiani. Caro Cesare, tu sei responsabile dei danni che farà questo Esecutivo, perché se il tuo

voto fosse andato nell'altra direzione, ieri, ci sarebbe stata la crisi. Ti ricordo che una votazione è finita 19 a 17 e una posizione diversa dei Comunisti italiani ieri, avrebbe aperto la crisi in Regione. Quindi tu hai la responsabilità dei danni che questi faranno, quindi sia ben chiaro che i Comunisti italiani hanno salvato questa Giunta.

Una maggioranza lacerata per il dissenso aperto di uno spezzone dei Verdi. Prendiamo atto che i Verdi hanno costituito un secondo gruppo in Consiglio regionale con un'espressione di voto differente. Ho apprezzato moltissimo la posizione critica del consigliere Moruzzi e non ho apprezzato per niente quella del consigliere D'Angelo, che mi sembra una compiacenza interessata.

PIETRO D'ANGELO. Meglio essere apprezzati dalla maggioranza che da te, Giannotti.

ROBERTO GIANNOTTI. Abbiamo assistito anche allo scontro durissimo dentro il partito di maggioranza relativa. Una maggioranza che ha tenuto solo perché avete avuto paura del ricatto che vi ha fatto il Presidente D'Ambrosio, perché vi ha detto che vi avrebbe mandato a casa, che avrebbe costretto tutti a correre nuovamente per essere eletti, cioè vi ha minacciato di dimettersi e di far rifare le elezioni. E avete avuto paura.

Quindi non solo le minacce del Presidente D'Ambrosio di ricorso anticipato alle urne, ma questa maggioranza ha avuto un aiuto insperato da parte di Rifondazione comunista, che ha pagato al Presidente D'Ambrosio la copertura avuta nella "vicenda Cecchini". Caro Ricci, ieri, assumendo il ruolo di "gendarme" di questa Giunta hai ripagato D'Ambrosio della copertura data a Rifondazione nella vicenda di Cristina Cecchini. Io no colgo l'esasperazione di ieri, che comunque deve essere interpretata politicamente, e non è un fatto positivo.

L'opposizione divisa. D'Ambrosio ha detto che l'opposizione è divisa. La minoranza ha fatto la sua parte con dignità, senza poter contare sugli ausili tecnici e professionali di cui dispongono questa Giunta e questa maggioranza. Mettetevi sempre nelle condizioni dei consiglieri di opposizione che operano da soli e

non possono disporre di risorse dell'intelligenza regionale, pagate con i soldi di tutti, che sono lo strumento a supporto della vostra azione. Avete affrontato il dibattito sul Psr potendo contare su tutto l'apparato regionale. Una opposizione che ha affrontato questa battaglia con coerenza sul territorio e in consiglio regionale motivando le ragioni del proprio "no" a questa pseudo riforma e sostenendole in aula con proposte di modifica e interventi.

Non voglio qui polemizzare con il collega Ciccio e dico che sono contento del contributo dato dai consiglieri del mio gruppo. Dico solo a Ciccio che la prova di muscoli non serve dentro l'alleanza della Casa delle libertà. Se questo tentativo vuol percorrere Alleanza nazionale, sbaglia.

Non so a che fine e a che pro serva acquisire maggiore visibilità o farsi dire chi è più bravo. Non credo che questo sia il problema e non credo che questo sia il problema della Casa delle libertà. La Casa delle libertà deve lavorare attorno ad un obiettivo, ad una strategia che non può che passare attraverso la sua unità, costruita sul rispetto di ciascuna delle sue componenti, di ciascuno dei suoi protagonisti, per battere il nemico comune, per diventare alternativa di governo. Questa è la strada, Ciccio, e su questo dobbiamo lavorare; dobbiamo lavorare per battere questa Giunta regionale, che sulla sanità, come sulle tasse, ha dimostrato di non avere a cuore gli interessi generali della comunità ma di preoccuparsi solo di garantire se stessa, di garantire il proprio potere, la continuità della propria esperienza.

Se da una parte l'opposizione non ha avuto una posizione univoca sulla organizzazione del sistema sanitario regionale — questo è un fatto indiscutibile, perché Forza Italia non la pensa come An, come l'Udc sull'assetto delle aziende, per esempio — è un dato che abbiamo rilevato, senza che debba scandalizzarci, ma è altrettanto vero che l'opposizione ha dimostrato una sua unità nell'opposizione alla filosofia di fondo della riforma sanitaria e ai suoi principali contenuti, in modo particolare per quanto attiene al piano sanitario, come ci apprestiamo a dire.

La terza cosa che voglio dire è che non mi sembra la stampa abbia colto l'essenza del

dibattito. Non me ne voglia la stampa regionale, ma credo che purtroppo si sia limitata a sottolineare gli aspetti marginali del folklore politico, che sono importanti ma che non sono tutto, perché se c'è una cosa che andava e va sottolineata, è la posizione di coerenza assunta dal gruppo consiliare di Forza Italia rispetto ai temi della sanità, rispetto a queste scelte, da due anni a questa parte. Non mi sembra che i giornali, e non solo i giornali — penso anche alle agenzie di informazione, ai servizi e agli altri strumenti — abbiano ripreso e valorizzato adeguatamente il contributo portato da tutti, ma in modo particolare dai partiti della Casa delle libertà, in particolare da Forza Italia rispetto a questa questione.

Oggi ci apprestiamo a svolgere il secondo tempo della partita, quello più importante, quello che riguarda la qualità del servizio sanitario da garantire ai nostri cittadini. Credo che la scelta annunciata trionfalmente, della non concorrenzialità tra soggetti erogatori e la mancata distinzione dei ruoli e delle funzioni tra soggetti erogatori e soggetti acquirenti delle prestazioni, costituiscono la premessa certa del fallimento dell'alleanza per la salute.

Non si è voluto innovare nulla, non si è accettata la filosofia della aziendalizzazione come metodo per la razionalizzazione delle risorse, scegliendo invece la strada dell'accenramento come strumento di controllo.

Non solo, ma la declinazione degli obiettivi del piano appare in palese contraddizione con quanto affermato nei principi ispiratori. Non basta parlare di universalismo ed equità, ed in particolare di specificità territoriale delle aree svantaggiate e montane e di programmazione, quando poi la lettura delle azioni da intraprendere dimostra che si va nella direzione contraria. La programmazione appare infatti soltanto la presa d'atto dell'esistente e si traduce nel mantenimento dei privilegi assistenziali che caratterizzano il capoluogo rispetto alle altre province; le città della costa rispetto a quelle dell'entroterra; gli ospedali maggiori rispetto a quelli minori. Dunque non vengono garantiti né universalismo né equità né pari opportunità di accesso ai servizi sanitari.

Chi ha redatto il piano aveva ben compreso le criticità che Forza Italia ha sempre indica-

to: spesa pro-capite superiore alla media nazionale del 3%, un bilancio sanità che arriva all'80% di quello regionale, con tasse che non trovano riscontro in nessun'altra Regione. Anche la lettura fatta dall'assessore Melappioni ieri sera è una lettura interessata: se si dice che le Marche hanno salvaguardato la fascia più bassa possiamo convenire, ma non si può non dire che le marche hanno avuto un prelievo più pesante di altri. C'è un eccesso di spesa ospedaliera che il piano prevede di ridurre non dove è veramente eccessiva, ma nell'entroterra; duplicazione e ridondanza di servizi amministrativi e tecnici (che invece vengono aumentati con la creazione di altri a livello regionale: Asur); esteso utilizzo di consulenze coordinate e continuative, con assorbimento di una rilevante quota di risorse, sulle quali è dovuta intervenire la finanziaria del governo Berlusconi; visione fortemente particolaristica delle singole aziende che hanno investito fortemente sulle proprie strutture con ridondanze e duplicazioni di servizi che si intende controllare con l'accentramento decisionale anziché con l'iniezione di elementi di libero mercato, di "sana" concorrenzialità tramite la distinzione tra le funzioni di produzione e quelle di committenza, come ormai avviene, con ottimi risultati, nelle Regioni più avanzate

Sul versante economico e previsioni di risparmio non solo appaiono eccessivamente ottimistiche ed irrealizzabili, ma la previsione della riallocazione delle risorse tra i livelli assistenziali avviene contemporaneamente e non differita negli anni.

Per concludere con la rete assistenziale, in attesa della creazione della rete per l'assistenza residenziale della post-acuzie, sempre annunciata e mai realizzata, viene proposta una riduzione dei posti letto per acuti che vede la provincia di Ancona avere fino al doppio dei posti letto delle altre province marchigiane, numero assolutamente non giustificato né dalla differenza di popolazione, né dalla presenza di funzioni specialistiche a valenza regionale, ancora una volta in aperta contraddizione con l'enunciato principio dell'universalismo, dell'equità, della pari opportunità di accesso e fruizione dei servizi sanitari da parte dei cittadini.

Sulle alte specialità chirurgiche e sulla Cardiologia interventistica cardiocirurgia il piano raggiunge il massimo dell'evanescenza e della indeterminatezza. Esso prevede semplicemente, negli anni di valenza 2002-2005 la elaborazione di progetti, la individuazione delle sedi e dei ruoli, ma soprattutto, con l'adozione del modello hub & spoke (raggi e mozzo), lascia intendere che il mozzo (cioè l'alta specialità) sarà ad Ancona riservando agli altri il ruolo di raggi (cioè di semplici collettori delle patologie da inviare ad Ancona). Il che è in palese contraddizione anche con il Psr precedente che per le alte specialità prevedeva la concertazione di area vasta, con la possibilità di distribuzione in tutto il territorio regionale ed in particolare con il riequilibrio delle zone di confine.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Viventi.

LUIGI VIVENTI. Vorrei fare un intervento un po' meno politico e un po' più attinente al tema.

Stiamo parlando questa mattina del piano sanitario regionale, il quale ha il compito di definire l'organizzazione dei servizi sanitari sul territorio, definire anche i livelli di qualità, di eccellenza ecc. Il piano, obiettivamente cerca di farlo, perché se dicessimo che non prova a fare questo diremmo delle bugie e non dobbiamo dire per forza le bugie perché siamo all'opposizione. Quindi il piano tenta di farlo, ci sono degli aspetti che però noi non condividiamo, perché tra le enunciazioni di principio e le realizzazioni concrete, ci sono poi delle differenze. Mi riferisco in particolare ad alcuni aspetti che vorrei brevemente illustrare.

Ieri c'è stata una grande discussione in aula sul riconoscimento delle specificità del Salesi in particolare, del Lancisi. Io ho detto "non lascerei il Lancisi un gradino inferiore del Salesi", comunque... La mia preoccupazione, che è stata esplicitata ieri anche in alcuni emendamenti, era quella che si perdessero poi di vista le specialità e la garanzia di queste specialità anche negli altri ospedali di rete, che rimangono nella organizzazione da voi propostaci. Debbo dire che spoliamenti grosse non ce ne

sono, perché se dicessimo questo non saremmo sinceri. Però notiamo che c'è una differenza di considerazione tra ospedali di rete dei capoluoghi e gli altri ospedali di rete. Quando andremo a parlare dei singoli emendamenti potremo anche essere più precisi, questa mattina non è il caso, altrimenti dovremmo parlare troppo a lungo.

L'altro aspetto, gli ospedali di polo. Nel piano si dice che essi verranno comunque mantenuti nonostante che ci siano alcune obsolescenze evidenti. Non v'è dubbio — l'ho detto anche in zone dove era difficile dirlo — che quando un ospedale non è più tale e non può più garantire efficacia ai suoi interventi, conviene chiuderlo piuttosto che lasciarlo lì a fare danni. Questo, se vogliamo essere onesti, bisogna dirlo da qualsiasi parte siamo. E' altresì vero che, però, se vogliamo far sì che questa filosofia del piano sia concreta e se vogliamo assicurare una sanità equa, solidale in tutte le parti del territorio, non possiamo lasciare sguarnite le zone più emarginate del nostro territorio, anche perché credo che questi costi non siano eccessivi. Non credo che il deficit della sanità sia dovuto al funzionamento dell'ospedale di Cagli ad esempio o di qualche altra situazione. Teniamo conto che cittadini che si trovano nella montagna di Camerino, sicuramente incontrano difficoltà superiori rispetto ad altri a raggiungere gli ospedali centrali della costa. Quindi, in vista di queste considerazioni credo che certe strutture periferiche — non possiamo pensare di fare grandi cose — andrebbero salvaguardate, per consentire, anche a quei cittadini, di avere un primo intervento della sanità efficiente, che tuteli la loro salute.

Nel piano si intravede la tendenza di trasformare questi ospedali di polo che ormai si trovano tutti nell'entroterra, in luoghi dove si fanno cure riabilitative e dove si realizzano anche strutture di lungodegenze per anziani. Una battuta consentitemela: la Giunta regionale non aveva pensato che lungo la costa ci si mantiene giovani e che gli anziani stanno tutti nell'entroterra. Quindi credo che sotto questo profilo, quando l'assessore Melappioni risponderà alle nostre osservazioni, ci dirà qualcosa al riguardo.

Vorrei ricordare al collega e amico

Procaccini, che rispetto sempre, perché è sempre dignitoso nei suoi interventi e comunque coerente, che quando ha citato l'intervento del ministro Sirchia a questo proposito, non possiamo dire che questo non è vero, perché saremmo dei bugiardi. Il ministro Sirchia è venuto nelle Marche facendo un assist al Presidente D'Ambrosio e alla Giunta regionale, tant'è che io dissi "vi siete messi d'accordo? L'avete invitato voi, gli avete fatto dire queste cose". Insieme al collega Massi voi tutti ricorderete che, altrettanto sinceramente, noi intervenimmo contestando duramente, come Udc, le dichiarazioni del ministro Sirchia, che non condividevamo. Gli dicemmo pure che lui viene dalla Lombardia, conosce la Lombardia, il sistema lombardo, non conosce le Marche, quindi bene avrebbe fatto a prima conoscere il sistema marchigiano o, quanto meno, a parlare con i suoi rappresentanti. Sirchia non appartiene all'Udc, non si è degnato di chiederci nulla, quindi noi non abbiamo potuto informarlo di nulla, ovviamente. Però noi abbiamo, con coerenza, come stiamo facendo in quest'aula e come abbiamo fatto allora, detto "siamo contrari alle dichiarazioni del ministro Sirchia". Se il ministro del Governo al quale noi facciamo riferimento dice delle cose che non condividiamo noi lo diciamo apertamente. Non si può fare una difesa d'ufficio sulle cose che non sono difendibili. Questo credo che appartenga prima alla serietà e poi alla politica.

Rimaniamo pertanto di quella opinione: che un piano sanitario che vuol essere solidale, equo e anche funzionale, deve prevedere tutta una serie di strutture che partano dalle zone più periferiche fino alle zone costiere e ai capoluoghi, funzionanti ed efficienti, altrimenti verrebbe meno la ragion d'essere del piano.

Un ultimo aspetto da sottolineare: l'atto che abbiamo votato ieri di organizzazione e l'atto che discutiamo oggi si intersecano in qualche misura, non possono essere disgiunti, perché parlano della stessa cosa. Ho apprezzato l'intervento del consigliere D'Angelo, a differenza di alcuni miei colleghi, quando ha detto "non esageriamo con le difese territoriali, altrimenti viene fuori una situazione ingestibile". Al tempo stesso, aggiungo io, oltre a non esagerare in questa direzione dobbiamo far sì che le

conferenze dei sindaci, che rappresentano le autonomie locali, siano prese in considerazione, perché noi vogliamo che questo piano sia condiviso; anche se stiamo all'opposizione lavoriamo perché da quest'aula esca il piano migliore possibile. Ieri, onestamente non ci siamo riusciti e io rimango dell'avviso che quello di ieri sia un pasticcio giuridico, poi i fatti mi smentiranno e io ho sempre l'umiltà necessaria per riconoscere i miei errori e spero di sbagliare, ma penso che ieri abbiamo licenziato un atto che non è propriamente capace di produrre chiarezza e bontà organizzativa. Ieri non sono stati accolti alcuni miei emendamenti che chiedevano di dare forza all'ascolto e alle autonomie locali; cerchiamo in qualche misura — non so se nel piano sanitario è possibile — di riprendere questo argomento tecnicamente, ma credo che dal punto di vista politico questo andrebbe senz'altro fatto.

PRESIDENTE. Ha la parola l'assessore Secchiaroli.

MARCELLO SECCHIAROLI. Sono stato stimolato ad intervenire soprattutto dall'intervento del collega Ceroni, quando accusa questo piano di essere esclusivamente sanitario, dove l'integrazione socio-sanitaria non viene minimamente affrontata.

Non so se il collega Ceroni ha letto un altro piano oppure ha saltato qualche foglio, perché tra le tante critiche che si possono fare, il confronto, il dibattito su questo piano, c'è stato il riconoscimento che per la prima volta, in modo organico, è stato affrontato il problema dell'integrazione socio-sanitaria in un piano sanitario. E' stato affrontato in termini molto precisi ed è stato anche, per la prima volta in questa legislatura, affrontato e anticipato anche da iniziative che i servizi sociali e sanità hanno preso rispetto ai campi, ai settori d'intervento che sono classici dell'integrazione socio-sanitaria. Parlo della disabilità, della tossicodipendenza, degli anziani, della salute mentale. Sono già in atto sperimentazioni, progetti su cui i territori hanno già cominciato a lavorare e stanno concretizzando, che proprio fanno perno su un'integrazione, per la prima volta socio-sanitaria, che non è teorica, è con-

creta e che si concretizza anche nei budget sanitari trasferiti ai territori.

Dopo questo piano seguiranno il progetto di salute mentale, il progetto materno-infantile ecc. e su questo sarà ulteriormente ripresa tutta la partita dell'integrazione socio-sanitaria. Non è assolutamente vero che nella 328 e nel sistema che abbiamo messo in piedi sulla 328 (gli ambiti territoriali, i tavoli di concertazione ecc.) l'integrazione socio-sanitaria non esista. Abbiamo ricevuto i 24 piani di zona che poi dovranno in futuro confrontarsi anche con i patti per la salute... Tra l'altro il titolo di questo piano è emblematico rispetto ad una cosa che rischia di diventare, almeno dall'intervento di Ceroni, veramente un buttar lì le cose per creare spettacolo, per essere protagonisti su una critica che forse è quella ultima da fare a questo piano sanitario.

Per quanto riguarda tutta la problematica anziani e soprattutto il discorso della domiciliarità e della residenzialità, c'è una scelta ben precisa che si è già effettuata con atti concreti del sociale e con questo piano si va a determinare anche una programmazione più precisa per la residenzialità dei non autosufficienti, non tanto riducendo i posti letto perché si vuole ancora tagliare delle Rsa, ma perché si è scelto, per certe strutture, per intervenire finalmente sugli anziani non autosufficienti, cercando di partire da un principio fondamentale, quello di una giustizia di trattamento per tutti gli anziani non autosufficienti della nostra regione, di aumentare i posti rispetto alle case protette, che sono poi regolamentate dalla nostra legge 20 sulle autorizzazioni all'accreditamento delle strutture socio-sanitarie e dai regolamenti all'esame della Commissione consiliare.

Sulla tossicodipendenza proprio in questi giorni il gruppo di lavoro della consulta, integrata fra sociale e sanitario, sta rivisitando una possibile e necessaria riconversione delle politiche, sempre nell'ottica dell'integrazione socio-sanitaria, perché i bisogni sono cambiati, perché forse ci dobbiamo preparare a nuove normative, che non condividiamo, almeno dagli annunci fatti fino ad ora dalla rivisitazione della legge sulla tossicodipendenza.

Sulla disabilità emblematiche rimango-

no non solo tutte le cose dette in questo piano sanitario, ma proprio da questa volontà esplicitata di integrazione socio-sanitaria, nella nostra regione è nato il “progetto autismo Marche”, integrato fra il sociale e il sanitario.

In questo piano si parla di andare tendenzialmente a un accesso unico per i cittadini, quindi un intreccio, una collaborazione o una integrazione tra gli sportelli della salute e gli uffici di promozione sociale. Uno previsto dalla sanità e l'altro previsto dalla 328 e dal nostro piano sociale.

C'è l'assegno dei servizi ad integrazione socio-sanitaria, questa nuova sperimentazione che partirà.

Credo quindi che veramente, in un confronto importante che stiamo facendo da giorni in questo Consiglio, negare anche l'evidenza che c'è di scritto e anche di inizio di un lavoro concreto sull'integrazione socio-sanitaria mi sembra veramente poco generoso e molto da spettacolo e da demagogia.

Chiudo dicendo che sono molto meravigliato dalle parole di Ceroni, questo attacco alla mancanza di integrazione socio-sanitaria, quando poi, scorrendo gli emendamenti che dovremo affrontare, quelli di Ceroni vanno tutti nella direzione di togliere le frasi che riguardano l'integrazione socio-sanitaria. Ad esempio...

REMIGIO CERONI. Assessore, sono tutti ostruzionistici...

MARCELLO SECCHIAROLI. Ma l'ostruzionismo si fa sulle cose serie, perché l'ostruzionismo va a incidere sulle politiche per le persone.

Ce n'è uno che vuol togliere la frase: “i determinanti delle malattie psichiatriche e delle loro conseguenze in termini di disabilità e di esclusione sociale sono legati a fattori ambientali, sociali e comportamentali”. Poi mi si dice che in questo piano sanitario non si parla di integrazione socio-sanitaria. Forse lei, collega Ceroni, non vuol parlare dell'integrazione socio-sanitaria. E' bene chiarirsi, altrimenti le mezze verità o le cose non vere diventano molto spesso e molto facilmente...

REMIGIO CERONI. Presidente, non li pos-

so ritirare più perché li voglio discutere. Dobbiamo chiarire...

MARCELLO SECCHIAROLI. E' una constatazione.

Come si propone di togliere “la partecipazione del sistema sanitario regionale alla lotta alla povertà e all'emarginazione sociale è un elemento chiave per il raggiungimento degli obiettivi della salute”. Se vuol fare ostruzionismo, Ceroni, poteva prendere altre frasi, non quelle che riguardano, nello specifico, l'integrazione socio-sanitaria.

Credo che questa sia una cosa fondamentale e credo anche di poter affermare che il dibattito politico che abbiamo avuto sulla legge di riorganizzazione prima e sul piano sanitario nel suo complesso, forse ha approfondito poco le novità che nessun altro piano sanitario in Italia ha rispetto a tutta questa problematica dell'integrazione socio-sanitaria che rappresenta una novità non basata su teorie ma su percorsi già iniziati, che si stanno concretizzando nei territori.

Questo, Ceroni, per amore della verità e per ribattere ad un'accusa che ritengo ingiusta, ingenerosa e che non fa parte dei contenuti di questo piano.

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
GILBERTO ASCOLI

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Mollaroli.

ADRIANA MOLLAROLI. Ieri abbiamo concluso una parte della discussione e nella dichiarazione di voto del consigliere Ciccio è stata ripresa e utilizzata un'espressione lessicale usata dal consigliere Luchetti che voglio qui riproporre. La legge di riforma e di riorganizzazione è stata definita una “l'unica sintesi possibile tra le forze della maggioranza e le organizzazioni sindacali”. Credo che sia una definizione corretta se la interpretiamo come una sintesi possibile ma non statica, nel senso che abbiamo trovato un accordo non sul nulla, su una proposta ambiziosa, per tanti versi anche inedita, che sarà validata dalla qualità con la quale la sapremo realizzare. Voglio

anche dire, però, che la minoranza non è stata all'altezza, non ha trovato un'altrettanta sintesi possibile, presentandosi alla discussione del piano con una serie di proposte alternative, nessuna di portata progettuale considerevole. Se noi sapremo approvare quella proposta e se sapremo far fare all'Asur le cose, anche limitate, che nella legge indichiamo nei due anni, questi possono diventare prototipi, modelli facilmente estendibili e moltiplicabili.

In queste giornate ho però fatto altre considerazioni, visto che il tempo per pensare non è mancato, considerato che abbiamo trascorso qui giornate intense, lunghe. Mi sono chiesta come il Consiglio, oltre al lavoro della Giunta può contribuire e lavorare meglio rispetto a una programmazione così delicata come quella sanitaria. Mi sento di fare una proposta che se possibile, se la maggioranza la condividerà, si potrà trasformare in un ordine del giorno. Penso che intanto dovremmo allungare i tempi della nostra programmazione: i piani triennali sono limitati per una materia così delicata, però potremmo prevedere, pure allungando i tempi, un passaggio di verifica e di monitoraggio a metà di un percorso più allungato nel Consiglio. Così come credo che dopo la prima conferenza regionale fatta a Loreto, noi avremmo potuto, come Consiglio, verificare sullo stato di attuazione del vecchio piano, avere dei momenti di verifica meno legati alle problematiche, al momento della fase di realizzazione, con più serenità ragionare e attuare davvero gli strumenti della verifica e del controllo che a noi competono, perché ridurci a fare una maratona di discussione come ieri abbiamo fatto e non darci invece altre forme che consentano a noi stessi, al Consiglio di partecipare di più, non solo alla costruzione dell'indirizzo, ma anche ai momenti e ai passaggi di verifica, a me parrebbe un modo più moderno ma anche più partecipato di star dentro questa discussione. Quindi credo che dovremmo fare tutti una serena considerazione su come il Consiglio intero, non soltanto la Commissione, può stare dentro con più partecipazione, utilizzando gli strumenti che noi abbiamo, che sono anche quelli della verifica del controllo, farli davvero e consentirci, a metà di una programmazione,

di fare un momento sereno di verifica e di valutazione.

Detto questo che mi impegnerò a tradurre in atto più significativo se la maggioranza condividerà, voglio riprendere alcune considerazioni, brevemente.

Mi aspettavo che il nostro piano sanitario avesse più attenzione. Molto spesso ci siamo detti in queste aule, sui giornali, che ci saremmo confrontati sui contenuti, che il contenitore aveva una sua importanza ma non così piena e mi pare invece che anche dagli interventi di questa mattina non c'è grande attenzione su questi aspetti.

Voglio riprendere, con molta brevità, alcuni principi che il piano richiama e che sono i valori che noi intendiamo proporre alla società marchigiana, che nel piano facciamo con convinzione ed autorevolezza.

La sanità che vogliamo per i cittadini della nostra regione si ancora a principi per noi irrinunciabili: la salute è un bene personale e collettivo da tutelare, la salute è un diritto da garantire, i servizi sanitari sono pubblici e a carattere universalistico e solidaristico. L'accesso ai servizi e alle prestazioni deve essere garantito a tutti, nessuno può essere lasciato solo davanti alla malattia. Il sistema sanitario e sociale deve prenderlo in carico e accompagnarlo nel percorso terapeutico e riabilitativo. La malattia non è un destino o un dato irremovibile, ma una condizione temporanea o duratura che può interessare ciascuno di noi in momenti particolari dell'esistenza. Di fronte ad essa non siamo tutti uguali, pesano le condizioni sociali e culturali e la nostra idea di universalismo comprende anche questo, maggiore attenzione ai più deboli, maggiore umanità nei trattamenti per tutti.

Nella discussione di questi giorni qualcuno si è interrogato anche su quale fosse la strategia di fondo di questo piano, e mi riferisco ad alcune considerazioni che faceva il consigliere Cecchini che ha partecipato al precedente piano dicendo che lì era chiaro quale fosse la strategia, una sintesi tra le eccellenze e gli ospedali minori. Io credo invece che questo piano abbia una strategia forte e se non siamo riusciti a vederla credo di averla intravista con molto peso. La strategia è proprio quella di

promuovere la salute, passare dalle politiche della sanità alla salute, riconoscere cioè che la difesa della salute non inizia dalla manifestazione della patologia quindi della cura, ma al benessere, alla qualità della vita concorrono vari fattori: condizioni ambientali, regimi alimentari, relazioni sociali, livelli di istruzione, sistemi di sicurezza.

Questa strategia ha una ricaduta precisa sul ruolo della prevenzione e dell'informazione. Anche obiettivi trasversali debbono concorrere a questo e anche diversi soggetti debbono essere impegnati, per cui assumere questa strategia come il cardine della riforma significa per noi dare il giusto rilievo alle prestazioni ed ai servizi sanitari e riorientarli, ma anche assumere questa trasversalità in tutte le nostre politiche. Vuol dire che dovremo dare più attenzione alle politiche agricole, a come si producono i prodotti alimentari in questa nostra regione, con più attenzione alle questioni che riguardano la produzione naturale e biologica, maggiore tutela e difesa dell'ambiente, maggiore promozione all'attività sportiva e fisica, una forte riduzione di fattori inquinanti. Quindi impegnarci culturalmente per rendere questi obiettivi trasversali che dovrebbero ispirare tutta l'azione della nostra progettualità politica.

Questo lo traduciamo per la prima volta, con molta convinzione, perché forse considerazioni culturali le avevamo già fatte a questo proposito, nel piano in maniera concreta. L'aver ideato i piani comunitari della salute significa avere trovato uno strumento con cui questi dovranno diventare fatti concreti.

Un altro tema qualificante del piano è l'integrazione socio-sanitaria cui ha già fatto riferimento l'assessore Secchiaroli. Credo che sia una situazione fortunatissima quella in cui ci troviamo nella nostra regione, ma non casuale, nel senso che è frutto di una scelta: veder lavorare insieme il piano della riforma dei servizi sociali e l'attuazione del piano sanitario. E' una condizione importante che credo sapremo sfruttare in tutti i suoi aspetti.

Mi pare di particolare interesse anche il modo come il piano è stato fatto, l'editing, che non è soltanto frutto di una attenzione o della qualità tecnico-scientifica di chi l'ha prodotto e di chi comunque ha aiutato a produrlo, cosa che

non voglio assolutamente sottolineare, ma indica una qualità nuova della programmazione: non solo il testo è di facile lettura ma è costruito con questa modalità: vengono individuati i macroobiettivi, che sono quattro, ma poi vengono indicati con molta precisione gli strumenti con cui questi obiettivi si realizzano, quindi chi sono i soggetti che debbono fare le azioni e quali, i tempi entro i quali queste azioni vanno fatte e le risorse. Credo che con molta precisione venga detto, finalmente, chi fa cosa, in quali tempi e in quali risorse e queste non restano parole magiche. Starà poi al Consiglio controllare che questo accada.

Il piano ha un'altra caratteristica, per me estremamente positiva, che voglio sottolineare con grande brevità: quella di non essere un piano enciclopedico, non c'è dentro tutto ma rinvia a precisi altri momenti di progettazione che sono stati qui ricordati: quello che riguarda gli anziani e il progetto della riabilitazione, il progetto obiettivo materno-infantile, il progetto per la sicurezza nei luoghi di lavoro e non solo perché, come noto, noi abbiamo, nelle Marche — ed è un punto di debolezza del nostro sistema sanitario ma non solo, perché non c'è una responsabilità soltanto su questo tema, sul funzionamento dei nostri dipartimenti di medicina preventiva e di tutela dell'ambiente — qualcosa di più complesso che attiene a come si lavora e anche alle responsabilità sociali delle imprese che è bene che qualcuno ricordi e che speriamo con questo piano di poter correggere, perché noi abbiamo questo triste primato, in Italia, di un'incidentalità nei luoghi di lavoro, in particolare edilizia, legno, trasporti e agricoltura, di non poco conto.

Ma scelte significative riguardano alcune coerenze che noi affermiamo e che sono quelle di mettere a disposizione le risorse in base agli obiettivi che ci siamo dati e sappiamo che, come detto alle pagg. 33-34 dove si indicano con precisione le questioni che riguardano il vincolo economico del nostro piano, c'è un impegno molto significativo: quello di far transitare maggiori risorse dal sistema dell'assistenza ospedaliera verso il territorio e verso la prevenzione. Su questo noi dovremmo davvero vigilare perché questo accada se vogliamo davvero fare quel salto culturale e soprattutto di

interesse della qualità della sanità della nostra regione che il piano si impegna a fare.

Per fare questo, come abbiamo detto, è necessario rivisitare il funzionamento dell'assistenza ospedaliera, che nella nostra regione ha percentuali molto più alte che in altre parti d'Italia e che vede anche, forse, un uso non appropriato dello stesso sistema, se è vero che, come si afferma in alcune parti descrittive del piano, oltre il 50% di coloro che utilizzano l'assistenza ospedaliera sono anziani, e qui c'è un punto di criticità che è indicato nel piano, al quale ha fatto riferimento l'assessore Secchiaroli nel suo intervento, quello cioè di lavorare con più attenzione e con servizi più adeguati rispetto ad una problematica molto forte nella nostra regione, che è quella dell'anzianità.

Sappiamo che il piano sceglie di individuare l'ospedale di rete come un punto da rafforzare; l'ospedale di rete e l'ospedale in rete, perché oltre a dare centralità a questo livello dell'assistenza ospedaliera, questi non possono non essere in rete, in un regime di forte integrazione, con gli altri livelli che sono quello dell'alta specialità e degli ospedali di polo.

Su questo voglio fare alcune considerazioni critiche, nel senso che a me pare, oltre alla distorsione che c'è stata in questi giorni, sulla quale voglio solo fare alcuni accenni, nessuno vuol mettere in discussione l'importanza dell'offerta ospedaliera che viene data dalla città di Ancona. Credo che saremmo veramente alfabeti se ammettessimo questo. Il problema è che il livello dell'assistenza ospedaliera che si concentra in questa città, oltre ad avere le eccellenze che sono date dall'università, da alcuni servizi particolari come il Salesi e il Lancisi a cui si è fatto riferimento, non può essere concepito e vissuto come risorse della città. Qui c'è un punto di debolezza, probabilmente di tutti noi: queste sono risorse della regione e tra le tante questioni di cui abbiamo discusso, anche in polemica con i sindacati, mi pare che la Cgil in particolare avesse posto questo come punto di straordinaria attenzione e che non trova soluzione nel piano: distinguere tra la funzione regionale di alcuni ospedali e come tali farli vivere all'intero territorio regionale come una ricchezza di tutti, perché questo è un punto non risolto. Per lo meno, nella

riorganizzazione, ma soprattutto nel dibattito che intorno a questo si è fatto, mi pare che questo resti ancora un punto: non riusciamo a far vivere all'intera comunità regionale questi punti di eccellenza come le risorse della regione. La città di Ancona poteva aiutarci di più in questo, probabilmente noi tutti avremmo potuto fare sforzi in più, ma a me pare che questo resti un punto di debolezza. Così come un punto di debolezza resta questa questione anche dell'alta specialità, concentrata su Ancona e non diffusa sul territorio. Lo ricordo perché non voglio sminuire il ruolo dell'università e di alcune eccellenze, ma io vengo da un territorio e da una città, quella di Fano, dove, quando si fece il primo piano sanitario di questa regione, agli inizi degli anni '80, non si rinunciò alla geriatria. All'epoca pareva che fosse un errore. Così come in quella città è sopravvissuto — e fortunatamente il piano lo conserva ancora — un servizio di neuropsichiatria di straordinaria qualità. Che cosa vuol dire questo? Che abbiamo ricchezze, intuizioni su tutto il territorio regionale.

Quello degli ospedali di polo resta un punto di debolezza, non solo perché se questo piano deve essere ispirato a criteri di equità i territori più deboli non possono essere espropriati di servizi, ma intorno a questa questione è stato fatto un dibattito ancora datato e a mio parere si registra un nostro punto di debolezza che dovremmo saper correggere nel tempo. Credo che siano stati fatti, nel corso della discussione, passi in avanti, nel senso che anche il progetto della Giunta era partito con la convinzione che gli ospedali di polo fossero i punti di debolezza del sistema, al di là degli aspetti economici che non sono così rilevanti, ma che, dal punto di vista dell'appropriatezza e della qualità delle cure fossero da individuare come uno dei punti su cui semplificare e ridurre l'attività, quindi non curare l'acuzie in questi ospedali ed altro. Questioni probabilmente vere, però noi non siamo riusciti — spero che riusciremo a farlo nel corso di questa discussione — a convincere quei territori che l'alternativa che proponevamo era un'alternativa valida, per cui vedo in tutta questa discussione punti di conservazione che, oltre ad avere questo aspetto, non siamo riusciti, nelle nostre proposte, a

convincere i territori che l'offerta che noi proponevamo loro era più valida di quella delle cose che avevano. Quindi resta questo punto di debolezza. Ma visto che il piano prevede che siano i territori a fare una proposta per quanto riguarda la riorganizzazione della rete ospedaliera, spero che riusciremo ad avere armi e strumenti che ci consentano di gestire con attenzione questo aspetto e dare davvero un'offerta che non umili quei territori. Questo lo dovremmo fare con molta convinzione, perché credo che un obiettivo del piano è anche quello di rendere forte l'equità e la sussidiarietà e assolutamente non vogliamo indebolire questa ricchezza e differenza del nostro sistema regionale.

Chiudo con una battuta su un'altra centralità che il piano si pone, alla quale credo profondamente: la centralità del medico di medicina generale. Su questo noi abbiamo fatto degli sforzi in questi anni, sono stati prodotti anche atti, accordi integrativi che tornano a valorizzare questa figura. Io credo che questa figura debba essere ulteriormente valorizzata. Sforzi sono stati fatti ma va assolutamente recuperata, perché credo che la funzione del medico di medicina generale sia una funzione centrale nell'informare, nell'orientare il cittadino-utente e anche nel dare sicurezza. Credo che uno sforzo significativo è stato fatto, ma occorre su questo insistere di più, perché non solo questo ci consentirebbe di avere quell'appropriatezza alla quale facciamo riferimento, ma soprattutto avere queste alte valenze che poi hanno una ricaduta anche positiva dal punto di vista della spesa, se pensiamo soltanto a quanto possono fare i medici di medicina generale sul ricorso appropriato all'uso del farmaco e all'uso della diagnostica. Quindi buono lo sforzo fatto, ma occorre insistere di più per ridare centralità a questa figura che tra l'altro è la più diffusa sul territorio, quella che davvero può essere un filtro significativo tra l'utenza e il sistema complessivo dei servizi.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Cecchini.

CRISTINA CECCHINI. Signor Presidente, colleghi, questa nostra discussione avviene pro-

tabilmente dopo che il nostro dibattito sulla legge ha preso gran parte delle nostre risorse fisiche, altrimenti non si spiegano le grandi assenze che ci sono in questa discussione. non voglio leggerle come assenze politiche, perché se così fosse saremmo in una condizione ben più grave. Certo è che limitare solo agli emendamenti il ragionamento che si deve fare sulle questioni del piano sanitario, rende la discussione più complicata, quindi credo che sia bene utilizzare appieno i venti minuti che abbiamo, per segnalare alla Giunta e all'assessore non solo quali devono essere le correzioni, ma anche un ragionamento complessivo delle problematiche che dobbiamo affrontare in questa regione, una regione dove il centro-sinistra deve poter affrontare una risposta che non può essere uguale alle altre regioni italiane. E' stato già detto delle scelte del Governo nazionale, ma questo carica ancora di più la responsabilità di una Giunta di centro-sinistra rispetto ai problemi e alle modalità per risolverli. Quando non ci sono, come nelle Marche, risorse per finanziare il trasporto degli emodializzati o per pagare le cure odontoiatriche non solo agli immigrati ma anche ai cittadini anziani o ai bambini che vanno a scuola, quando non ci sono le prestazioni fisioterapiche per gli anziani, quando non c'è l'assistenza ai malati di Alzheimer, discutere di priorità non è questione secondaria, perché che cosa, chi decide le priorità, in che modo non è una variabile indipendente rispetto alla discussione complessiva sul piano. Non mi voglio rassegnare al fatto che il massimo di riformismo possibile in una regione come le Marche sia rappresentato dalla reintroduzione dei Lea, delle visite per le attività sportive. Credo che sia troppo poco ed è per questo che troverete, negli emendamenti che ci sono stati consegnati, la richiesta di reintrodurre le cure odontoiatriche per i bambini e per gli anziani e soprattutto di ragionare su che cosa si intende per riabilitazione, cioè se questo nostro grande disegno sulla riabilitazione diventa davvero qualcosa in più e non invece qualcosa di meno o di uguale a quello che avevamo, cioè la trasformazione dei posti letto negli ospedali diventa riabilitazione e diventano poi varie modalità di semiresidenzialità o residenzialità, ma non si capisce nella stesura del piano chi

paga queste tariffe, quanto costa essere ricoverati in queste diverse modalità nelle quali si fa riabilitazione, ma questa è la sostanza, perché nel momento in cui i Lea nazionali tolgono le spese per i non autosufficienti dalla sanità, contrariamente a quanto aveva fatto la “legge Bindi” — è questa la differenza fra centro-sinistra e centro-destra al Governo nazionale — se il centro-sinistra del governo regionale non lavora per mettere le risorse, che differenza c'è. Asseconda un disegno di risparmio sulla sanità e nulla fa. Io credo che la differenza, se si vuol indicare una diversità e una distanza dal Governo nazionale, la si vede non se Sirchia dice una cosa in più o una cosa in meno, se Melappioni risponde più o meno bene a una questione, ma se noi garantiamo meglio gli autosufficienti di quanto non farebbe spontaneamente l'accordo Stato-Regioni, accordo, come dice sempre il centro-destra, firmato dai presidenti delle Regioni, accordi sciagurato però, perché nel momento in cui restano fuori dalla sanità quelli che ne hanno più bisogno è un accordo che non va bene, può essere firmato da chiunque abbia legittimità istituzionale per farlo, si chiami ministro, si chiami presidente di Regione o si chiami assessore, a mio parere è un accordo sbagliato. Quindi voglio ragionare di questo, sia sugli emendamenti sia questa mattina, proprio perché il piano, così come è stato fatto, fa dei tentativi importanti per aumentare le spese della prevenzione e delle cure domiciliari, ma è chiaro che deve più nettamente, quando declina le spese sulla prevenzione e sulla riabilitazione, dire le politiche che si fanno, come si articolano. E' chiaro che avere noi scelto bene sui dipartimenti di prevenzione, nel momento in cui abbiamo dato la dimensione zonale alle politiche di dipartimento e di prevenzione, facilitiamo la messa in sinergia delle risorse umane attorno a questa problematica, ma è chiaro che c'è bisogno anche di risorse, altrimenti non si spiega come, nelle Marche, gli infortuni sul lavoro siano tanti, non diminuiscono le statistiche o, se diminuiscono in alcuni settori manifatturieri, diminuiscono in entità molto poco rilevanti.

Oppure, nel momento in cui parliamo di riabilitazione, l'emergenza finanziaria dovrebbe essere la questione meno rilevante.

Per questo non è secondario discutere quanto costa l'assistenza ospedaliera, ma dentro questa assistenza ospedaliera, occorre discutere soprattutto qual è il costo medio per giornate di degenza e per posti letto, perché non credo che possiamo ridurre riducendo i posti letto, come invece si propone, come solitamente si fa quando si parla di assistenza ospedaliera. Si dice “ridurre, andare sotto il 50%”, ma non necessariamente questo è ridurre i posti letto; andare sotto il 50% vuol dire anche cercare di capire come mai il costo medio per giornata di degenza e il costo medio per posti letto delle aziende ospedaliere marchigiane è di gran lunga il più alto d'Italia e perché ogni 100.000 abitanti della nostra regione vi è il doppio di unità operative complesse di medicina generale, di chirurgia, rispetto alla media nazionale.

Di questo bisogna parlare. Perché la media regionale Marche è tanto più alta non dell'ospedale ics della regione ics, ma dei migliori ospedali di eccellenza italiani? Parlo dell'ospedale Careggi, dell'ospedale Sant'Orsola di Bologna, del Niguarda, degli Ospedali riuniti di Bergamo, ospedali che possono, a ben merito essere paragonati, anzi sono superiori in qualità, agli ospedali marchigiani. Perché questi hanno costi più alti? Questo vuol dire che nella spesa delle aziende ospedaliere marchigiane, quello che è il 50% si può tagliare, perché probabilmente ci sono degli sprechi, troppe unità operative complesse con tanto di primari, probabilmente negli acquisti di beni e servizi si possono fare risparmi che, fatti in un ospedale di polo, significherebbero la morte dell'ospedale.

Io proporrò, in un emendamento, che il risparmio sull'assistenza ospedaliera sia, per lo meno, equamente ripartito. La spesa ospedaliera marchigiana è di 1.037 milioni di euro, io proporrò che il taglio sia proporzionale alla percentuale: il 50% spesa da azienda ospedaliera, il 40% ospedali di rete e solo il 10% ospedali di polo. Siccome abbiamo queste performances nelle aziende ospedaliere, probabilmente solo lì e tutto lì basterebbe tagliare, ma se uno vuol fare un ragionamento di equità e comunque non essere criticati dall'assessore, che poi dice “l'eccellenza me la chiedono e non bisogna tagliarla”, allora propongo che sia ta-

gliata proporzionalmente in tutte le unità operative delle Marche, ma ognuno per l'incidenza quantitativa...

MARCO LUCHETTI. Indipendentemente dalla qualità?

CRISTINA CECCHINI. Indipendentemente dalla qualità, perché la qualità degli sprechi è più alta nelle aziende ospedaliere. Indipendentemente dalla qualità collegata alla quantità degli sprechi possibili, perché se la spesa per beni e servizi non si valuta per quella che è e si pensa solo che sia concentrata sugli ospedali di polo, allora lì si fa un'operazione non solo socialmente iniqua, non solo aggressiva verso l'entroterra, ma significa fare finalmente chiarezza rispetto a dove si vuol concentrare la sanità.

Credo che valga la pena evitare che il centro-sinistra di questa Regione faccia un errore così madornale, proprio in ossequio a quello che dice il Presidente D'Ambrosio, secondo il quale ogni cittadino di questa regione, oggi ha garantita la stessa prestazione. Già oggi non è così, perché il cittadino che abita a Borgopace, a 40 chilometri dall'ospedale di Urbino, è oltre i 20 minuti dell'emergenza. Non è un caso, infatti, che non ci sono ricoveri da Borgopace all'ospedale di Urbino, così come non ci sono da Apecchio, perché o ci sono prestazioni che possono essere curate, oppure non arrivano in tempo utile.

Borgopace è uno dei comuni-simbolo di questa regione, ma ci possono essere tanti "Borgopace" in tutte le province delle Marche.

Si tratta di capire se rete dell'emergenza, ospedali di polo possono essere risposte adeguate a questo piano sanitario che vuol fare più territorio, più prevenzione e mettere più risorse per le fragilità sociali, definendo questi budget aziendali a incremento zero. Credo che su questo bisogna intenderci, perché un'altra sanità è possibile nella misura in cui decliniamo, facendo delle scelte vere, su due questioni, gli ospedali di polo e le eccellenze.

Sugli ospedali di polo non mi limito a parlare delle chirurgie, perché la questione è chiara: o noi manteniamo la funzione chirurgica o non la manteniamo e se la manteniamo

bisogna che garantiamo anche l'urgenza, quindi bisogna modificare chiaramente le pagine così come sono state scritte. Ma io voglio parlare della medicina degli ospedali di polo. Questa medicina degli ospedali di polo o degli ospedali di rete o delle aziende ospedaliere, deve essere tutta uguale? Bisogna che noi decliniamo meglio questa questione. Come si fa a non tenere conto di funzioni specialistiche di posizione territoriale, di logistica interna, che nei singoli ospedali si deve risolvere? In questo momento ci sono moltissimi punti critici. La modalità con la quale i direttori generali stanno risolvendo i problemi è quella che ho detto ieri: telegrammi per unificare medicina e chirurgia, come se si potessero unificare "causa ferie", o per chiudere, addirittura, le chirurgie prima che questo Consiglio regionale decida il da farsi. La rete di emergenza-urgenza del territorio non è né corretta né funzionale, lasciando molti spazi scoperti e anche molto delicati.

Probabilmente questa questione non viene fuori con forza, anche perché, senza essere tacciati di malalingua, possiamo dire che il livello di lottizzazione concorsi-posti-qualifiche, impedisce di rendere concretamente evidente questa questione. Ma gli ospedali di polo sono proiettati a svolgere una funzione medica o chirurgica molto limitata e il dramma è che le emergenze-urgenze continuano a giungere a questo ospedale di frontiera a cui è demandato il compito difficile e gravoso, visto le poche unità operative, di trovare un'ubicazione non sempre possibile negli ospedali di rete, dovendo gestire il paziente critico non stabilizzato con moltissima difficoltà a reperire sia risorse umane per garantire l'assistenza, sia collocare nell'ospedale di rete e successivamente, il personale.

Faccio degli esempi. Parliamo di Cagli, ma potremmo parlare di Pergola, di Sassocorvaro. Ma voglio parlare di Cagli perché in genere mi sono sempre occupata di Sassocorvaro e di Pergola. Attualmente l'unità organica di medicina ha 35 posti letto, dal 2 giugno 25 posti, avendo dovuto cederne 10 alla chirurgia, che lavora solo in regime di programmazione; ha 15 infermieri più la caposala, 3 Ota, un medico primario, sei medici. Questi medici dovrebbero provvedere al 70% dei turni

di guardia presso il punto di primo intervento, alla reperibilità medica, alle attività diagnostiche del reparto che si sono dovute ridurre ulteriormente. L'unità operativa di chirurgia ha 20 posti letto che sono stati ridotti a 10, 11 infermieri professionali più la caposala, 2 Ota, un primario chirurgo e 5 medici, responsabili anche del modulo aziendale di urologia che espleta anche le guardie. Quindi il posto di pronto intervento, otto unità infermieristiche con chiamate del 118, con 4 medici che devono accompagnare il medico in autoambulanza e in questo caso c'è una unità infermieristica nel reparto di chirurgia. Poi, sei autisti. Tutto questo l'ospedale di Cagli. Il distretto ha 3 medici e 10 infermieri che operano sul territorio. Questi dati sono terribili e possono permettere di comprendere la situazione nella quale si trova un ospedale di polo tipo quello di Cagli, ma si può mettere il nome di Sassocorvaro, Tolentino, Cingoli ecc. Situazione precaria e demotivante il personale, di profonda instabilità, perché basta una maternità o una malattia per mettere in crisi tutto il sistema così asfittico, di fronte a responsabilità pesantissime, di fronte a una popolazione che, allarmata per le voci di piazza, controlla e denuncia, guarda caso, gli operatori sanitari.

Questa è la situazione e rispetto a questa situazione il piano cosa fa? Niente. Anzi, riduce come se fosse possibile ridurre qualcosa che non è più comprimibile. Il piano sostanzialmente trasforma in residenze sanitarie assistenziali. Questa è una soluzione che non va bene, perché significa togliere gli ospedali di polo dalla scena dell'assistenza ospedaliera di questa regione e su questo sono profondamente contraria.

Voglio ora parlare di due eccellenze, il Lancisi e il San Salvatore. Una per dire quella che è e l'altra per dire quella che non è.

Sul Lancisi è stato facile, per me, dimostrare con il "libro bianco sulla cardiocirurgia", che la situazione della cardiocirurgia nelle Marche è rimasta pressoché immutata dal 1996 ad oggi, anzi la soluzione del precedente piano sanitario è di fatto risultata sbagliata nonostante la sfrenata aziendalizzazione dell'azienda sanitaria Lancisi che ha dimostrato, nei fatti, di aumentare gli interventi cardiocirurgici per i

marchigiani e soprattutto di non diminuire le liste di attesa degli stessi. Erano 404 i marchigiani che andavano fuori regione, sono 375 i marchigiani che vanno ancora oggi fuori regione, mentre al Lancisi stesso si è modificato il rapporto di lavoro con il cardiocirurgo, fino a fare un contratto fuori norma, a cottimo, nel quale si pagano 526 euro al primario ogni intervento in più che fa, nessun contratto di clinica privata è tale in Italia e il risultato è che si sono raddoppiati gli interventi di cardiocirurgia nelle Marche, ben più dei fabbisogni, come se fossimo tutti malati di qualche malattia cardiovascolare. Questa è la realtà, ma la realtà è anche peggiore perché, come si sa, il Lancisi vive come clinica privata, tanto privata che opera, non specializzato, il figlio del cardiocirurgo, con alcuni successi e molti insuccessi, come l'ultimo signore di Fabriano che è deceduto qualche giorno fa.

Rispetto a tutto questo cosa fa la Giunta regionale? Penso che non sia più un problema che si chiama "direttore generale dell'azienda Lancisi", ma penso che la responsabilità sia innanzitutto del presidente della Giunta regionale, poi dell'assessore Melappioni, che nulla fanno per intervenire, né sul contratto fuori norma e fuori legge del cardiocirurgo D'Eusanio, né quando muoiono persone operate da non specializzati in cardiocirurgia, né quando l'attività di mortalità è 4,9 invece che 2,5 come dicono i dati ufficiali. E' per questo che la Margherita li divulga, perché sono stati forniti come dati ufficiali. Io penso che in questo modo si è per lo meno complici di una responsabilità molto grave, che si chiama malasanità nel Lancisi, quindi il fatto che sia anche un'eccellenza fa sì che le due questioni non possano essere coniugate nello stesso modo. E' inutile pensare che siano solo sfrenate aziendalizzazioni: sono una modalità concreta di "fare cassa", sulla quale i diritti del malato non hanno alcuna consistenza.

Il San Salvatore resta azienda su richiesta dei Ds di Pesaro, come si è visto nel dibattito sul Salesi, ma i Ds di Pesaro sono stati accontentati, però subito è stato loro tolta la sostanza del valore dell'essere azienda ospedaliera. Non a vere cardiocirurgia, avere la neurochirurgia è assolutamente ridicolo, perché dovrebbe fare le

ernie discali, non avere diagnostica citogenetica — questo è stato il risultato della Commissione sanità — significa avere un'azienda solo di nome, ma nei fatti è un ospedale di rete che, voglio ricordare all'assessore Melappioni, ha queste performances: mentre i cittadini di Pesaro, per un quarto vanno fuori provincia rispetto al proprio ospedale di riferimento, i cittadini di Pesaro città invece, per un terzo, molto più dei cittadini del resto della provincia, vanno a operarsi fuori dell'ospedale San Salvatore. Se basta chiamarsi azienda per essere felici, sono ben serviti.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Luchetti.

MARCO LUCHETTI. Signor Presidente, signori pochi colleghi, come già avevo previsto nell'intervento che ho fatto allorché ci siamo interessati del piano di riordino, purtroppo il dibattito più sostanziale sul nuovo piano sanitario che definisce le linee strategiche della sanità marchigiana, ha visto l'interesse calare di molto. Probabilmente riprenderà nel momento in cui qualcuno proporrà emendamenti, modifiche delle linee di piano che hanno a che fare, ovviamente, con le questioni dei soliti campanili: già se ne sono avute le avvisaglie e purtroppo non avere la possibilità e la capacità di affrontare una tematica importante come questa, con la consapevolezza e con gli approfondimenti necessari rispetto a quanto è dovuto in un settore complicato come quello della sanità, è una occasione perduta per la politica di dare un contributo più costruttivo alla nostra comunità. E' una questione purtroppo ricorrente e io spero che piano piano riusciamo a capovolgere questo costume, ma credo che anche questa volta dobbiamo limitarci a registrare quanto detto.

Il piano sanitario, per quanto ci riguarda, come gruppo delle Margherita, è un buon piano che presenta degli aspetti coraggiosi, innovativi e che in qualche modo riesce a rideterminare una strategia nella gestione della sanità marchigiana, tentando di dare delle risposte possibili a delle questioni centrali che riguardano la nostra sanità che, tengo a sottolineare, non parte da zero, non può essere dipinta come una

sanità di serie B ma è una sanità che è cresciuta nel tempo, forse, sotto certi aspetti è troppo cresciuta in maniera non armonica e organica e che, proprio per questa mancanza di capacità di puntare sulle questioni centrali, ha determinato anche uno sbilanciamento per quello che riguarda l'equilibrio di spesa che oggi, purtroppo, sta determinando un vincolo assolutamente importante nei ragionamenti che dobbiamo fare.

E' una questione non secondaria questa, che non dovrebbe portarci fuori strada. Quando si parla di sanità, tutti quelli che ne vogliono parlare tendono sempre a sottovalutare l'aspetto finanziario, quasi che questo fosse un tabù rispetto ad un servizio che è primario, che ovviamente riguarda tutte le persone, tutti i cittadini ma che fa i conti con delle risorse date.

La pressione fiscale che noi abbiamo dovuto imporre è una delle conseguenze di un equilibrio che purtroppo risente di una situazione che va modificata. Credo che sia possibile ottenere dei buoni risultati in questa direzione, se però avremo quel coraggio necessario di apportare quelle modifiche strutturali al nostro sistema, che ci consentano di non abbassare la qualità, anzi di incentivare, laddove possibile, la qualità delle strutture sanitarie e nello stesso tempo affrontare quelli che sono i nuovi problemi dei cittadini, tant'è che la nostra sanità, oggi deve fare fronte a una profonda trasformazione dei bisogni che fino a qualche anno fa non erano così acuti. Parlo, per esempio, della anzianizzazione in prima istanza, perché credo che sia uno dei fenomeni che hanno più rilevanza dal punto di vista sanitario. Se è vero che il sistema sanitario fino ad oggi ha contribuito in qualche modo, in maniera abbastanza concreta, a consentire questo fenomeno di anzianizzazione, cioè questo allungamento dell'attesa di vita dei nostri concittadini, oggi si trova a dover dare risposte diverse proprio a questo benessere crescente che ha consentito una longevità più adeguata.

Il problema che abbiamo davanti è quello di riequilibrare gli obiettivi di allocazione delle risorse. noi, con questo piano facciamo una scommessa: quella di tentare di razionalizzare la spesa nell'ambito del sistema ospedaliero, per portarlo sul territorio, per dare delle risposte ai nuovi bisogni crescenti. Non c'è solo

l'anzianizzazione, tra questi bisogni dobbiamo tener conto anche delle nuove emarginazioni che esistono in questa nostra realtà comunitaria, che sicuramente sta assumendo sempre più un connotato più simile a quello delle società nord-europee, piuttosto che a quelle tradizionali che abbiamo percorso in questi anni, però di fatto anche queste nuove emarginazioni — parlo delle tossicodipendenze ecc. — devono trovare risposta e il piano tenta di dare risposta a queste problematiche. Però è chiaro che questo riequilibrio non avviene a cuor leggero, nel senso che sappiamo tutti che la nostra cultura è molto legata ad una centralità della sanità che dava riscontro all'ospedale come struttura fondamentale della cura, pertanto un momento fondamentale anche del presidio della salute. Tentare di ragionare in modo diverso è sicuramente l'elemento che più fa scatenare la protesta, da parte di coloro che pensano che una riorganizzazione dei reparti di chirurgia possa assolutamente rivedere i livelli di tutela della propria salute. Purtroppo, secondo me, da questo punto di vista ancora non abbiamo fatto tutti i passi, tutti gli sforzi che dovevamo fare per parlare più adeguatamente ai cittadini, ben sapendo che è molto complicato, molto difficile poter assicurare la stessa tranquillità al cittadino che sta a Borgopace rispetto a quello che sta davanti all'ospedale di Torrette. Se sostenessimo questo, diremmo una grossa bugia e non potremmo neanche illudere il cittadino di Borgopace che avrà la stessa garanzia. Quello che dobbiamo dire al cittadino di Borgopace è che nel caso in cui si trovasse in difficoltà dobbiamo essere pronti a dargli la risposta, non con l'ospedale ma con quegli strumenti che gli consentano di ricorrere a quei centri ospedalieri che possono risolvere il suo caso, perché probabilmente, per un infarto la risposta non la potrà trovare nell'ospedale di rete che gli sta vicino, quanto meno l'ospedale di polo.

Questo è il concetto che dobbiamo affrontare e il piano, da questo punto di vista presenta queste novità. Pertanto riequilibrio settoriale e una diversa impostazione di tutto l'assetto ospedaliero. Credo che uno degli aspetti centrali di questo piano sia quello proprio di ridisegnare la rete ospedaliera, privilegiando gli ospedali che servono. Ecco perché mettia-

mo in rete tutti gli ospedali, tentando di offrire a quelle ridefinizioni organizzative delle chirurgie, dei supporti che consentano comunque di mantenere quelle risposte possibili soprattutto negli ospedali di polo.

Credo poi che sia necessario fare riferimento alle individuazioni che il piano fa, sempre per la ridefinizione delle alte specialità. Per esempio, io credo che una cosa che abbiamo fatto ieri, quella di potenziare l'ospedale anconetano, è sicuramente una scelta giusta, perché gli dà quella dimensione non eccessivamente allarmante, come si usa sottolineare da queste parti. Un ospedale da 800 posti letto non è un ospedale esorbitante, come qualcuno lo vuol definire, ci sono ospedali molto più grandi e molto più complicati. Noi probabilmente, abituati a piccoli ospedali, ci spaventiamo nel vedere l'ospedale di Torrette. Io credo che è una questione di organizzazione e anche di abitudine, ma se dovessimo attribuire a Torrette quella mastodonticità che qualcuno gli attribuisce, cercando di sottrarre le funzioni che là dovrebbero essere svolte... Non c'è in aula la collega Cecchini, ma quando lei sostiene di riequilibrare le specializzazioni in altre aziende fa un'operazione sbagliata, nel senso che non è pensabile in una realtà come la nostra, di disperdere quelle eccellenze che invece devono essere concentrate, compiendo tutti gli sforzi per tenerle insieme, perché là sussistono i professionisti adeguati alle eccellenze. la dispersione a Pesaro e ad Ascoli di eccellenze che possono interessare bacini di utenza di un certo rilievo, sarebbe una cosa sciagurata. Eppure ci sono queste tendenze, che corrono dietro più ai campanilismi che alle cose oggettivamente possibili e credo che da questo punto di vista questo Consiglio ha fatto bene e farà bene nel contenere queste spinte periferiche delle eccellenze, in quanto noi riteniamo che, per fare in modo che i cittadini non vadano a Milano, a Verona e da altre parti, si devono potenziare le nostre eccellenze. Ne abbiamo, ma dobbiamo fare di più.

Così come dobbiamo mettere a punto i reparti di routine. E' chiaro che dobbiamo proseguire per il miglioramento degli altri ospedali, perché è giusto che alcune patologie, alcune acuzie possano essere affrontate in termini molto

più naturali che non facendo ricorso all'abbandono delle strutture della nostra regione.

Un aspetto che voglio sottolineare, è che questo piano potrà avere successo non solamente tenendo fermi gli obiettivi che esso prevede. Tra l'altro, questo piano, poco prescrittivo sotto certi aspetti, contiene dei rimandi con scadenze ben precise che dovranno essere controllate da questo Consiglio, perché se è vero che entro il 2003 dovrà essere predisposto il piano dei servizi di supporto, dobbiamo fare in modo che questi servizi di supporto siano controllati, siano oggettivamente programmati, perché quello che sta avvenendo in questa regione, soprattutto per i servizi di supporto — quello delle radiologie — per il fatto che le fondazioni bancarie siano disponibili a fornire Tac o risonanze magnetiche, significa mettere in piedi centri di diagnostica che servono a poco e non danno sicuramente le risposte necessarie neanche alle liste di attesa. Ecco perché questo piano è poco prescrittivo ma contiene degli impegni, date precise entro cui dovremmo fare tutto quello che si dice, in modo tale da realizzare la migliore allocazione delle risorse necessarie per fare in modo che le risorse date bastino per poter far fronte alle nostre esigenze. Sappiamo che queste risorse, dal punto di vista quantitativo soffrono di una perversione che è bene sottolineare, nel senso che il nostro paese, preso da un dibattito poco avveduto, rischia di non avere attenzione ai livelli di welfare che abbiamo raggiunto e tenta, attraverso altre strade, di trovare le risorse da altre parti, ma questo mette in pericolo soprattutto i livelli di uguaglianza. Occorre spendere al meglio le risorse che abbiamo, perché se non manteniamo questo servizio pubblico, chi ne soffrirà non saranno i più abbienti ma quelli che hanno più bisogno e che sono più indifesi.

Vorrei concludere questo intervento segnalando due aspetti. Il primo è il coinvolgimento degli operatori. In questa sala potremmo fare miracoli, potremmo fare il più bel piano del mondo teorico, cartaceo, ma se non c'è un coinvolgimento diretto degli operatori non servirebbe, dai professionisti, agli ausiliari. Se non saranno coinvolti negli obiettivi del piano, la sanità non cambierà. Infatti, in questo nostro parlare qualche volta usiamo

degli stereotipi che hanno poco senso. Abbiamo detto no ai tickets, assolutamente no ai tickets, poi sappiamo benissimo che i veri tickets non sono quelli segnalati nei ricettari, ma i tickets di accesso ai reparti ospedalieri, in quanto se vuoi subito il posto letto devi passare sai dove.

Questi sono i problemi veri a cui dobbiamo dare una risposta, attraverso dei criteri organizzativi senz'altro, ma senza il coinvolgimento degli operatori e senza una loro presa di coscienza, quelli che dovranno soffrire di queste cose saranno proprio gli utenti, sempre quelli più esposti. Ecco pertanto la necessità di un coinvolgimento dei medici, soprattutto dei professionisti, di coloro che hanno la responsabilità organizzativa, in questo momento.

Altro aspetto è il problema del coinvolgimento degli enti locali. Credo che questo piano fa un buon lavoro, cioè reintroduce, non solamente nella prospettiva dell'integrazione socio-sanitaria, che è uno dei cardini di questo piano (finalmente siamo riusciti a mettere in campo le direttrici e le integrazioni con il sociale, segnatamente perché ci troviamo di fronte all'attuazione del piano socio-assistenziale), ma abbiamo reintrodotta la responsabilità degli enti locali. Da questo punto di vista dobbiamo essere molto chiari: ognuno ha le sue responsabilità di governo del territorio la Regione ha la competenza della sanità, gli enti locali collaborano, entrano in discussione con la Regione nell'attuazione di queste linee. Guai a noi, però, se confondessimo i livelli di responsabilità. Purtroppo queste nostre scelte, molte volte sono riferite a responsabilità diverse e subentrano degli incroci di responsabilità e un coinvolgimento che qualche volta ha il sapore più del campanilismo piuttosto che una ragionevolezza dal punto di vista organizzativo. Questo significa, ovviamente, avere gli enti locali a fianco del nostro lavoro e sicuramente dovremo prendere atto anche delle responsabilità che si assumono allorché si fanno scelte come quelle che abbiamo fatto ieri sulla rete ospedaliera e segnatamente sul polo anconetano.

Sicuramente non è un bel vedere l'atteggiamento assunto dagli amministratori della Provincia di Ancona e del Comune di Ancona,

segnatamente il sindaco e il presidente della Provincia che si sono schierati contro la scelta della Regione, secondo me in maniera non adeguata da un punto di vista istituzionale e avevano tutta la legittimità di contestare la scelta, ma sicuramente non usare, in termini istituzionali, le parole che hanno usato.

Questo piano sanitario inaugura una stagione che segna la necessità di un cambiamento anche nella cultura della sanità della nostra comunità, segna la necessità di rivedere i criteri vecchi, superati del considerare la sanità. Dobbiamo assolutamente fare il massimo sforzo, per fare in modo che anche gli stili di vita si adeguino a quelli che possono essere i migliori standard del benessere della condizione della vita del marchigiano. Se sapremo fare anche questo, sicuramente daremo una prospettiva più logica e migliore alla nostra sanità.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Castelli.

GUIDO CASTELLI. Credo che, dovendo fare un commento del piano sanitari regionale che viene posto alla nostra attenzione, non si possa non ricordare come questo piano sanitario fu invocato dalla minoranza in particolare, come addendo necessario che doveva affiancare la proposta di organizzazione del sistema. Lo ricordo perché quando l'assessore Melappioni propose il piano di riordino, la prima critica che provenne dalle fila della minoranza fu proprio quella tendente ad evidenziare un'anomalia, ovvero il fatto che la Giunta regionale avesse pensato più e prima, e indipendentemente, alla proposta organizzativa in luogo di quella che doveva essere la proposta operativa di carattere più squisitamente e precipuamente sanitario. Questo fu un vizio di origine momentaneamente in qualche modo sanato, perché di lì a poco si bloccò la discussione della riorganizzazione che vide, appunto, l'elaborazione del Psr, un Psr che ha avuto anche uno sviluppo e una vita, almeno istruttoria, estremamente singolari. Ricordo, ad esempio, che la penultima versione, quella che mi pare sia stata poi distribuita subito dopo l'estate del 2002, era mutila dei tre macroprogetti che sulla riabilitazione, sul materno-infantile erano richiamati dalla delibera

regionale ma che materialmente mancavano. Molti di noi si chiedevano "per quale motivo?". Si pensava a un problema di carattere amministrativo, ma ci venne detto dopo — e ci è stato poi confermato dai fatti — che in realtà quegli aspetti di dettaglio erano stati prudentemente accantonati, proprio perché si sarebbe verificata, presumibilmente, una conflittualità estrema che, unita alla conflittualità che già si era formata sulla proposta di riordino, non avrebbe consentito vita facile alla Giunta regionale stessa.

Perché faccio questo cappello? Perché in realtà quel vizio di origine si è confermato anche nella stesura definitiva di un piano socio-sanitario che sostanzialmente costituisce la collazione di una serie di enunciazioni di principio, di buone intenzioni, di affermazioni solenni e prestigiose che in sé non possono non essere condivise, perché quando si parla di alleanza per la salute, quando si parla di universalità, equità, solidarietà e qualità penso che neppure Pietro Gambadilegno o Erode potrebbero esprimere contrarietà rispetto a questi principi che sono ormai patrimonio di tutti.

Il problema è proprio questo: a parte le 3-4 pagine che in maniera più precisa si destinano alle proposte concrete o semiconcrete, per quale motivo questo piano si risolve in una nebulosa e spesso tautologica espressione di principio? Perché probabilmente l'idea che ha ispirato la maggioranza è stata quella, fondamentalmente, di superare il vaglio di questa Assemblea, cavandosela con una sorta di delega in bianco. Questo piano sanitario, unitamente alla proposta riorganizzativa, è sostanzialmente la richiesta di una firma in bianco che la Giunta chiede a questo Consiglio regionale, offrendo non indicazioni precise, pertinenti, chiare e inequivoche, magari, anche nella loro crudezza rispetto ai nodi della nostra sanità, preferendo trattenere, una volta ottenuto il timbro di questo Consiglio regionale, decidere altrimenti o altrove i destini di quei segmenti che sono produttivi di problemi di diseconomia e di quant'altro.

Non è un caso, dunque, che l'insieme della manovra sanitaria sia costituito dall'azienda unica e da un Psr generico. In realtà la filosofia della delega in bianco si estrinseca

proprio nell'addendo principale, che è quello che abbiamo approvato ieri: la delega in bianco anche alla costituenda Asur, con tutto ciò che poi ha turbato, solo molto parzialmente, i calcoli della Giunta regionale. Questo è il modo di procedere, questa è la filosofia generale, questo politicamente va affermato, unitamente a quelle che sono poi le valutazioni più specifiche che sono state articolate dal collega Pistarelli come relatore di minoranza. Quindi la filosofia è quella della delega in bianco, la motivazione di principio si fonda su due concetti, su due archetipi che vediamo continuamente, stancamente, in maniera reiterata ispirare gli interventi dei consiglieri di maggioranza.

Quali sono i due archetipi? Da un lato il tentativo di fare come il famoso asino di Esopo che andava in giro per la foresta coprendosi con una pelle di leone, perché voleva dimostrarsi più bello, più aggressivo, più prestigioso e più temibile. E allora, Melappioni si è messo la pelle di leone, rappresentata da cosa? Il sillogismo è: i marchigiani stanno bene, sono longevi, ergo la Regione Marche sta lavorando bene. Questo è un sillogismo che, per poter descrivere efficacemente abbiamo dovuto ricorrere a Esopo, che non è un contemporaneo proprio perché non è originale questo tentativo di farsi bello "con il sol di maggio", oppure di farsi bello con delle affermazioni tipo "siamo longevi, stiamo bene". Ma cosa c'entra la Regione Marche? O meglio, ci può entrare pro quota, però non credo che questo sia un modo che possa produrre effetti consolatori o difensivi o di tutela o comunque di affermazione politica da parte di questa maggioranza.

Il secondo archetipo in questo teorema sanitario qual è? La polemica con il Governo nazionale. Il Governo nazionale è accusato di ogni nefandezza, di voler privatizzare la sanità, di drenare risorse, ma vale quello che ha detto Cristina Cecchini, a questo riguardo: se è vero questo, cioè che esiste un Sirchia che concretamente potrebbe produrre effetti di questo genere, ciò non deve essere un aspetto che giustifica alcune cose di questa proposta sanitaria, ma dovrebbe invece indurre la maggioranza a tener fermi alcuni aspetti, alcuni elementi, proprio per difendere, dall'attacco del "bioco Sirchia", la sanità di questa regione.

Ecco dunque che il teorema si chiarisce: da un lato i marchigiani stanno bene e sono longevi, dall'altro siamo circondati dal "barbaro Sirchia" che vuole affliggere vecchi e bambini, ne deriva cosa, Una situazione di emergenza, una situazione di allarme che non viene analizzata attraverso un atteggiamento analitico, anche con autocritica, perché questo è il secondo mandato del Presidente D'Ambrosio, no dimentichiamolo. Ma parleremo dopo dei rapporti fra nuovo e vecchio Psr, non accetto tuttavia l'idea di vedere espunto dal dibattito ogni riferimento a quello che dal 1995 al 2003 questa Regione ha fatto, dovendo questa Giunta, non soltanto per un principio di successione istituzionale nel tempo, ma proprio per l'identità fisica e politica di chi questa Regione governava prima, fuggire questo aspetto.

Non voglio star qui a parlare di Sirchia, non ne dobbiamo parlare, ne parlano con dovizia di particolari, anche esagerandone i toni e le volontà i colleghi di maggioranza, ma non possiamo accettare l'idea che dietro il bau-bau di Sirchia possa essere, di fatto, eluso il vaglio, il controllo, il potere di indirizzo politico di questo Consiglio, attraverso lo strumento della delega in bianco, ovvero attraverso un piano che, lungi dall'esprimere aspetti forti, aspetti chiari, concreti, sostanzialmente si riduca ad una enunciazione di principio e a realizzare una sorta di procura ad operare alla Giunta regionale. Del resto, se volessimo fare polemiche con i Governi nazionali, senza particolari volontà di parte, dovremmo essere tutti un po' più onesti e riconoscere a noi stessi come esista un problema endemico, che giustamente ha rappresentato all'inizio del suo intervento il consigliere Ceroni, quando allude al fatto che le percentuali di pil che la nostra nazionale dedica e storna per il servizio sanitario sono le più basse d'Europa e questo è un fatto che ci deve far riflettere, perché non ci possiamo limitare a ricordarci solo la percentuale attuale, perché quando dal 1990 al 2000 registriamo che per la maggior parte di quel tempo i Governi sono stati di centro-sinistra — e hanno visto anche i Comunisti italiani al potere — e hanno diminuito la percentuale, a dispetto della ideologia progressista di tutela dei deboli che dovrebbe ispirare l'Ulivo, allora capiamo bene come da

questo imbuto del rinfacciarsi reciprocamente scarsa attenzione a livello nazionale, non ne usciamo più. Ci sono argomenti estremamente validi e matematicamente documentabili, che depongono a favore di un dato: che la poca, ridotta spesa del settore sanitario è un problema endemico, che vede fra le altre cose un curioso paradosso ma fino ad un certo punto, perché noi siamo lo Stato che spende meno per la sanità in rapporto al pil, siamo però lo Stato che spende di più nella previdenza e il problema della previdenza è un problema di tutti, esattamente come il problema della sanità. Da questo punto di vista dovremmo essere capaci di un atteggiamento che ci consentisse di fare delle riflessioni che su questo dato, attenendo ad aspetti di una delicatezza estrema, non potrà mai affrontare seriamente questa nostra nazione se non attraverso uno dei quei gentleman-agreement istituzionali che deve poter fare da sfondo a un accordo sul problema della spesa sociale in questa nostra nazione. Temo purtroppo che il gioco delle parti, che la delicatezza del tema — il Governo Berlusconi c'è cascato, sulla riforma delle pensioni — che l'imbarbarimento del confronto politico non consentano a nessun Governo di questa nostra nazione, di afferrare il toro per le corna e di risolvere il problema dei problemi, perché il discorso della previdenza è assolutamente contiguo, attiguo e compenetra l'aspetto delle poche, troppo poche risorse finanziarie che a livello centrale, dal 1990 e anche prima, si destinano alla sanità. Questa è la valutazione politica che faccio del piano, non senza fare alcune brevi considerazioni sul rapporto tra piano sanitario regionale e vicende appena conclusesi nella scorsa notte, relativamente alla costituzione dell'Asur e al riordino della nostra sanità.

Qual è il mio ragionamento? Il famoso articolo 26, "articolo transitorio", ha modificato profondamente l'assetto che era stato pensato dall'assessore Melappioni, il quale nelle pagine 33-34, uscendo, per lo spazio di 60 battute dattiloscritte, dalla vaghezza generale di questa proposta, in maniera piuttosto cruda, indicava quali fossero i risparmi attesi proprio dalla riorganizzazione e semplificazione amministrativo-aziendale. Delle diverse voci che dovrebbero in qualche modo concorrere al pro-

getto di risanamento finanziario, proprio questa della riorganizzazione assumeva la rilevanza più cospicua: 70 milioni di euro in tre anni. Oggi la proposta è cambiata. A mio modo di vedere è radicalmente cambiata, ma potrebbe darsi il caso che io vedessi il tutto con l'ottica distorta dell'oppositore politico. Mi sforzerò a non mantenermi sul focus di questa presumibilmente distorta valutazione di parte, ma ancora oggi spero che l'assessore Melappioni possa, con chiarezza, evidenziare quali modifiche, quali correzioni di rotta su questa specifica voce sono state determinate dalla vicenda dell'art. 26. Non è affare secondario. Sappiamo — e non lo ripeto — qual è lo stato finanziario della partita della sanità, ma più in generale, non mi iscrivo al "partito della curva sud" per sapere se le nostre tasse sono veramente le più alte o se il disavanzo è veramente il più alto, però con serietà e con un approccio corretto, anche istituzionalmente, qualche ragionamento sull'impatto finanziario dovremmo farlo, perché il vincolo economico rispetto al quale l'assessore Melappioni ci invita ad assumere consapevolezza, ha comunque un rilievo che a mio modo di vedere è prioritario, che non deve influire, influenzare in maniera draconiana la mano del programmatore sanitario, ma dal quale non si scappa, proprio perché — lo dicevo ieri in coda all'ultimo mio intervento sulla proposta di riordino — in realtà questa manovra in materia sanitaria rappresenta davvero la madre di tutte le battaglie, l'elemento qualificante di questa legislatura, quindi non può essere sufficiente quella che io ho definito una delega in bianco, non può essere sufficiente la fuga dalle responsabilità intese non in senso generale ma la responsabilità di esporre con precisione quali saranno i passi, le strategie concrete di ridimensionamento del deficit finanziario. Anche la prossima lettura e approvazione del consuntivo probabilmente ci consentirà di gettare squarci di luce su alcune indicazioni che abbiamo raccolto sui giornali rispetto a significativi contenimenti del deficit atteso: essere come San Tommaso, relatore di minoranza rispetto al rendiconto, rappresenta un obbligo di legge, quindi quando me lo studierò nei prossimi giorni, potrò dire la mia a questo riguardo. Il dubbio è che comunque vi

sia la tendenza anche a dare un'interpretazione di finanza creativa a delle poste contabili che possono essere state differite dal 2002 al 2003, ricavando quindi un beneficio solo apparente, che si tradurrebbe, sostanzialmente, in un inganno a se stessi, nel caso in cui, nel 2003, dovessero riaffiorare delle criticità che solo momentaneamente abbiamo accantonato, magari per evitare il gorgo dei problemi e delle drammatizzazioni finanziarie prima della discussione sul piano sanitario. Quindi è da verificare cosa cambia della proposta Melappioni, o meglio quale pre-condizione è stata turbata, se è stata turbata, dalle modifiche dell'art. 26. Rimangono comunque — lo ripeto solo momentaneamente — alcune forti antinomie in ordine proprio a chi dovrà approvare i piani di zona, a quale sarà il destino di quella frazione, delle competenze che originariamente erano attribuite al direttore generale ma che, attenendo alla parte propriamente sanitaria rimarranno riconosciute in capo ai direttori di zona. Certo è che due ultime valutazioni vanno fatte.

Questo piano si limita ad enunciare delle criticità, senza poi aver cura di indicare con la giusta e doverosa precisione gli antidoti e le deterrenze necessarie, rispetto, ad esempio, alla disomogeneità dell'offerta sanitaria nell'ambito della regione Marche. Non mi dilungo sul carattere policentrico, polimorfo e "politutto" della nostra regione, ma certo questo è un aspetto importante, su cui ancora penso vadano spese alcune riflessioni. Il problema delle specialità: accetto le valutazioni che facevano riferimento al modello lombardo ma anche al modello emiliano, che ha voluto una forte aziendalizzazione ospedaliera, nel senso che le assumo come argomento critico, cionondimeno ritengo che, se l'aziendalizzazione degli ospedali, in maniera massiva non è o non può essere una soluzione, qual è la proposta che questa Regione vuol fare per risolvere il problema di tutti quei cittadini, utenti marchigiani che non hanno maturato un'attrazione positiva verso i centri di eccellenza che sono sostanzialmente concentrati nel capoluogo dorico? Questo è un problema a cui non si dà una risposta. Dal carattere policentrico al carattere residuale delle "Marche di confine" non mi pare di avere scorto una risposta sufficiente al problema del-

la mobilità extraregionale che affligge anche le parti nord, ma che, soprattutto, è problema delle parti sud.

L'ultima considerazione riguarda la frattura, una frattura in termini problematici e di programmazione sanitaria, fra i due atti di esperienza di Presidente della Giunta regionale del dott. D'Ambrosio. La prima legislatura ha avuto un piano sanitario regionale che aveva una filosofia, che è stato la sponda, il perno della programmazione sanitaria dei suoi primi cinque anni, Presidente. I secondi cinque anni sono gli anni di Melappioni. Mi sembra allora che sia veramente curioso e anomalo che, sulla verifica dello stato di attuazione del vecchio piano non si sia spesa una parola, che sull'esito, sulla riflessione profonda del primo piano non vi sia stato neanche il più larvato dei riferimenti, come si vi fosse uno iato, una frattura, una voragine fra le due filosofie, fra i due documenti. Non vorrei ricordare — non dovrei farlo — alcune valutazioni che prima dell'approvazione dello scorso piano sanitario fece proprio il consigliere regionale Melappioni, che si definiva critico con Giunta e assessore, sulla mancanza di una seria programmazione finanziaria e in particolare sulla mancata valutazione del manager in materia di gestione della spesa.

Sorge il sospetto — ma di sospetti sono piene le aule di giustizia, ma anche le aule politiche — che in sostanza non sia un'impressione che fra il primo e il secondo piano sanitario dell'esperienza D'Ambrosio esista una voragine politica che a me interessa non tanto per chiosare sui rapporti fra Melappioni e Mascioni, non è questo il punto, fra le due filosofie; dico però che necessariamente questo è l'argomento da affrontare. Un altro invitato di pietra di questa lunga maratona è proprio il precedente Psr che l'assessore Melappioni aveva criticato, che l'assessore Melappioni aveva contribuito a votare, ma di cui non vi è traccia in termini anche solo di monitoraggio dei risultati, delle criticità. E di questo vorremmo sapere. Anche perché, se gli assessori sono cambiati nel frattempo, il Presidente, gagliardo come sempre, è lui, Vito D'Ambrosio che nel 1998 aveva sposato una filosofia che, almeno su certi aspetti, è profondamente diversa da quella che ispira oggi il nuovo piano sanitario regionale. Non è

sbagliato, anzi è ammissibile cambiare idea, però bisogna dirlo e bisogna capire che forse, se le cose della sanità marchigiana vanno male, non è solo colpa del bieco Sirchia o del bieco Baldassarri, ma probabilmente la lettura va fatta più approfonditamente e soprattutto va ricercata anche nei primi vagiti dell'esperienza del Presidente D'Ambrosio.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Moruzzi.

MARCO MORUZZI. Intanto voglio ringraziare l'assessore Melappioni che è sempre stato perente alla discussione, adesso anche il Presidente della Giunta e altri componenti la Giunta regionale. Questa discussione, anche quella dei giorni scorsi, ha fiaccato noi tutti e credo che vada dato atto all'assessore in particolare, della partecipazione e dell'attenzione, che, debbo dire, contraddistingue sempre l'assessore Melappioni in queste discussioni relative alla sanità. Voglio rapidamente cercare di enunciare alcuni concetti, anche perché questa discussione non vede la partecipazione di un elevato numero di consiglieri, quindi, probabilmente, più che per il dibattito serve per il verbale, per un rapporto con il responsabile della sanità della nostra Regione.

La visione dei Verdi relativa all'approvazione del piano sanitario e alle sue linee, si riassume attorno a tre concetti. Primo, dalla sanità alla salute, un passaggio in cui, da una proiezione del tema della salute dentro la sanità, vogliamo che si passi a una tutela della salute a tutto campo, che passa anche attraverso la sanità ma non solo attraverso la sanità e pensiamo che questo piano lo interpreti e nella sua applicazione lo debba interpretare con ancora più forza. Secondo, dalla fase di cura alla prevenzione e cura e non a caso "prevenzione" sta prima di tutto, perché riteniamo che la salute debba essere tutelata con tutta una serie di azioni di prevenzione, svolte non soltanto nel settore della sanità ma anche nel settore della sanità. In passato, certamente, la spesa e l'attenzione sono state concentrate soprattutto sulla cura: lo dimostrano le cifre, dove i budget previsionali per la prevenzione non vengono mai utilizzati, mentre i budget previsionali per

il settore della cura vengono largamente splafonati. Terzo, dalla ospedalizzazione alla de-ospedalizzazione: gran parte della prestazione, anche sanitaria, può essere de-ospedalizzata, quindi questa è la chiave di lettura di questo piano, questa è la spinta che noi abbiamo dato e che riteniamo sia enunciata nel piano e debba essere ancor più enunciata nelle disposizioni di applicazione.

Queste sono le linee guida generali di una politica per la salute condivisa dai Verdi, a cui aggiungerei questo passaggio — che non è soltanto nostro — "dalla struttura ospedaliera centralizzata al territorio". Questo credo che riassume a grandi linee il dibattito che abbiamo sviluppato al nostro interno e che credo ci differenzi, in un certo modo, anche dal centro-destra, con cui la polemica non è strumentale e non è soltanto sui budget che il Governo nazionale mette a disposizione, è anche su questa concezione, su questa idea di sanità diversa che noi abbiamo rispetto ai nostri colleghi di centro-destra che governano a livello centrale e che si oppongono a livello locale, con i quali ci misuriamo su alcune scelte che evidenziano queste differenze.

Questa polemica con il Governo nazionale non c'è in questo momento e in passato non c'era; sempre le Regioni sono state in un'azione coerente e costante, tese a richiedere al Governo maggiori risorse, non per sprecarle, ma perché, effettivamente, lo stanziamento pro-capite per la nostra regione e, in generale, la percentuale del pil che viene destinata alla sanità nel nostro paese è sempre stata e continua anche ora ad essere inferiore a quello che è effettivamente necessario per coprire i fabbisogni anche in un sistema che gestisca bene le risorse. Ciò non toglie che non si possa e non si debba migliorare l'utilizzo di queste risorse.

Comunque, lo sforzo che il centro-sinistra deve fare assolutamente, è quello di mantenere saldo il timone in direzione di una sanità pubblica, perché abbiamo visto anche altrove che i modelli di sanità privata non garantiscono assolutamente la riduzione della spesa pubblica, spostano solamente le tasche che ricevono i contributi pubblici. Il modello americano — mi riferisco ovviamente alla spesa pubblica —

spende, per ogni cittadino, tanto quanto si spende in Italia e nonostante ciò una fetta importante di cittadini non sono assolutamente garantiti, in particolare coloro che non hanno dei redditi bassissimi, ma che sono una fascia immediatamente superiore, sono sganciati completamente da forme di assistenza essenziali e basilari, tagliati fuori da questo tipo di assistenza, impossibilitati a coprire il loro fabbisogno di servizi sanitari con il sistema delle assicurazioni o provvedendo con le proprie risorse, il proprio reddito.

Noi siamo fortemente preoccupati di quel modello che viene idealizzato di fronte ai cittadini, senza far conoscere che questo modello, nel paese che più di ogni altro ha spinto sulla strada della privatizzazione, lascia fuori delle fasce importanti di popolazione da servizi essenziali.

Quindi la nostra preoccupazione per la privatizzazione, la nostra azione di difesa della sanità pubblica è un'azione volta a difendere degli standard di assistenza sanitaria minimi, garantiti per tutti.

Questa non è una demonizzazione di un intervento privato, ma è comunque un segnale chiaro, perché i processi di privatizzazione che tengono a fagocitare le risorse pubbliche e a ridurre la garanzia di servizi, in particolare per certe malattie rare o poco diffuse per le quali la struttura privata non trovi interesse ad allestire servizi privati credo ci debba far pensare bene. Non possiamo permetterci di sperimentare sulla nostra pelle il significato della privatizzazione che pure in altre regioni governate dal centro-destra inizia a farsi largo e di cui in altre regioni si possono sperimentare i primi effetti, purtroppo solo i primi effetti, non quelli che vengono dopo una lunga fase di privatizzazione, che credo possano essere percepiti distintamente da tutti i cittadini.

Questo piano ci piace, ci convince, perché tocca alcune questioni importanti e centrali, a nostro avviso. Anzitutto la necessità per gli anziani, orientando l'offerta di servizi verso un'offerta appropriata della prestazione, perché esistono grandi margini per migliorare l'appropriatezza della prestazione, in particolare agli anziani che non possono essere indirizzati verso strutture ospedaliere per presta-

zioni tutto sommato banali in alcuni casi o estremamente meno complesse di quelle per le quali la struttura in cui vengono assistiti è in grado di offrire.

Questo determina non soltanto una spesa ma una cattiva utilizzazione di queste strutture che noi abbiamo approntato.

Le necessità degli anziani sono spesso e volentieri legate anche a un'assistenza domiciliare, anche a un'assistenza che non è strettamente sanitaria ma socio-assistenziale. E' però molto difficile rimuovere queste incrostazioni in cui ci si rivolge alla struttura sanitaria, anche di alto livello, per prestazioni o per servizi che non richiedono queste strutture. E' una lotta anche contro interessi lobbistici, una lotta contro forme di organizzazione che tendono a resistere nel tempo e a non accettare l'innovazione.

Quindi è importante che questi principi non siano soltanto parte del piano ma siano poi praticati.

Richiamo altri 4-5 punti, perché in questa discussione generale è possibile soltanto toccare alcune priorità.

Noi riteniamo importante il lavoro che viene svolto con i medici di base; riteniamo che a questo vada posta una grande attenzione, non soltanto perché sono grandi ordinatori di spesa, quindi non ci interessa soltanto l'aspetto della spesa, ma perché nel rapporto tra il medico di base e i cittadini è possibile effettivamente fare in modo che la qualità della prestazione sanitaria richiesta sia appropriata, di alto livello, bene indirizzata e anche temporalmente attivata, in maniera tale da tutelare al massimo la salute del cittadino, quindi una forte attenzione all'azione svolta dalla medicina di base, dal rapporto dei cittadini con il proprio medico curante. Contemporaneamente anche in questa azione in cui spostiamo risorse e servizi dalla struttura ospedaliera al territorio, dalle strutture centrali a quelle periferiche, l'assistenza domiciliare è un'azione, una priorità su cui vanno fatti veri e propri programmi. Qui dobbiamo dire che la politica ha il vizio di considerare un fatto importante l'inaugurazione e l'apertura di una struttura ospedaliera e di non valorizzare, anzi di sottovalutare la creazione dei servizi di assistenza domiciliare, come se questi entrassero in

una ordinarietà e come se tutto quello che non cura la fase acuta ma tutto quello che previene o tutto quello che cura la fase iniziale della malattia, non sia altrettanto importante come la cura della fase acuta che si svolge nelle strutture ospedaliere. Questo è un passaggio per noi particolarmente importante.

Così come all'interno dei servizi sul territorio, per noi è molto importante e rilevante la rete ambulatoriale, la rete dei servizi svolti dai Sert ad esempio, in particolare per la prevenzione della tossicodipendenza, dell'alcolismo, di forme di devianza che hanno un riflesso importante sulla qualità della vita e sulla salute dei nostri concittadini. Cito i Sert, perché attorno a questo si è sviluppato un dibattito sul ruolo che dovevano avere e soprattutto sul tentativo di ingabbiare queste strutture all'interno di regole più generali, che mal si prestavano a un servizio come questo che svolge un'azione di prevenzione, un'azione di strada in alcuni casi, un'azione fortemente legata al territorio.

In questo piano abbiamo cercato di concentrare le nostre osservazioni, i nostri emendamenti su poche e significative questioni. Noi chiediamo che si ponga fine all'attuale totale vacanza della Regione Marche nel campo dell'epidemiologia. Chiediamo che sia immediatamente istituita la rete epidemiologica regionale. Abbiamo presentato un atto, su questo piano, però è assolutamente inaccettabile che la previsione del vecchio piano non sia stata attuata. Ci sono ritardi inaccettabili. L'epidemiologia non è un fatto episodico legato al bisogno del momento, cioè c'è un'emergenza dovuta alla raffineria Api, c'è una contaminazione che colpisce il territorio, che colpisce i cittadini e io faccio il mio studio epidemiologico. L'epidemiologia per noi è uno strumento essenziale per l'individuazione dei bisogni dei cittadini sulla base dei dati scientifici, sull'individuazione di alcune patologie che non si manifestano in modo eclatante, cioè l'incidente stradale e il giovane che il sabato sera finisce al pronto soccorso con dei traumi importanti. L'epidemiologia riesce a individuare uno stato di malessere dovuto alla concausa di diversi fattori, ci dà la percezione di come stanno i nostri cittadini, è uno strumento essenziale, bisogna assolutamente che la

Giunta regionale si impegni, a partire dalla prossima settimana, ad approvare una delibera che, facendo leva sul vecchio e sul nuovo piano — perché questo emendamento l'abbiamo presentato in una linea di coerenza, non chiediamo di mettere cose che non c'erano prima — attivi immediatamente questo strumento, così come è stato fatto in altre regioni, meglio di come è stato fatto in altre regioni. Se la collocazione all'interno dell'agenzia sanitaria regionale non è adeguata, perché l'agenzia sanitaria regionale probabilmente ha altre priorità, altre questioni, dovrà affrontare anche un passaggio non delicato come la partenza dell'Asur, la si collochi fuori dell'agenzia. La collocazione è però un aspetto secondario; l'aspetto primario è che venga immediatamente attivata. Se l'emendamento non sarà sufficiente, presenteremo anche un ordine del giorno per meglio definire questo passaggio.

Ci sono professionalità e disponibilità, vanno messi in rete coloro che nelle singole aziende già si occupano, hanno un'indicazione su questo, non è pensabile che l'epidemiologia debba essere ricondotta all'Arpam, perché l'Arpam è altro, anche se può essere parte di questa rete. Questo per noi è un elemento essenziale rispetto a questo piano.

Abbiamo anche presentato un emendamento in relazione alla questione delle altre medicine. leggevo un giornale del centro-destra di Civitanova dove il centro-sinistra è stato attaccato e me ne dispiaccio, perché sostanzialmente avremmo revocato dei servizi minimi che c'erano nel settore dell'agopuntura. Il centro-destra lo fa perché a Civitanova c'era questo servizio, quindi forse più per una questione campanilistica che per una questione di sostanza e di merito, però non faccio il processo alle intenzioni ma è un sospetto che penso sia abbastanza fondato.

Abbiamo presentato un emendamento sulla questione delle altre medicine. Ci sembra inopportuno e assolutamente non condivisibile che nel vecchio piano fosse contenuto un capitolo relativo alle altre medicine e che in questo piano, questo passaggio non ci sia, anche se con la scelta nazionale dei livelli essenziali di assistenza si è tagliato sulla possibilità di intervenire in questo settore. Credo che un piano non

possa non prendere atto di una situazione. Nel nostro paese ormai un quinto dei cittadini fa uso di queste medicine che, a torto o a ragione, con appropriatezza o nella assoluta inappropriata, danno una risposta a molte patologie e spesso e volentieri sono anche una risposta a un uso eccessivo della farmacopea. Anzi, in alcuni casi possiamo dire che la cancellazione di alcune cure di questo genere o il non riconoscimento di alcune cure apre le strade ad un uso ed abuso dei farmaci.

Quindi non può mancare all'interno del piano un passaggio sulle altre medicine. Non possiamo lasciar privatizzare completamente questo settore.

Peraltro il Parlamento in questi giorni sta licenziando un provvedimento che ha in qualche modo selezionato questo settore delle altre medicine, ha stabilito anche dei requisiti che devono avere coloro che offrono ai cittadini questo tipo di prestazioni nel settore privato, quindi bisogna essere dei medici, non ci si può improvvisare in questo settore, quindi questa è una materia sulla quale si sta prendendo atto anche a livello nazionale, non solo della validità ma anche della necessità di queste regole. Non possiamo rimanere indietro su questo passaggio, noi abbiamo proposto una piccola integrazione che apre uno spazio, che non significa impegnare le risorse in questo senso, però dà la possibilità a un governo della sanità della nostra regione di misurarsi anche in questo settore, rispondendo alle esigenze dei tanti cittadini ma anche alle scoperte scientifiche che stanno dimostrando che la medicina tradizionale, in alcuni casi può essere affiancata ma in altri casi può essere veramente sostituita da prestazioni che fino a ieri venivano chiamate medicine alternative, ma che è inopportuno chiamare medicine. Sono medicine anche loro, con la loro validità e con una dignità che in alcuni casi deriva da una storia anche più lunga di quella della medicina di cui si fa uso nelle strutture sanitarie pubbliche delle nostre aziende sanitarie.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Ciccioli.

CARLO CICCIOI. Non farò un lungo

intervento, anche perché devo ammettere che l'attenzione della sala, dei consiglieri regionali, della stampa non è così piena. Ma mi sono anche chiesto perché il piano di riordino ha avuto un'enfasi, un coinvolgimento emotivo fortissimo, mentre il piano molto minore. La risposta l'abbiamo data. Questo piano, da noi ribattezzato "mani libere", cioè mani che fanno quello che vogliono, contiene molte cose ovvie e largamente condivisibili, cose molto generiche nell'ambito delle quali possiamo mettere tutto. Poi ci sono una serie di affermazioni, pezzi di frasi dietro le quali, sviluppandole, ci potrebbe essere una certa idea o che pure possono significare poco, sono affermazioni che rimangono lì. Questo ha determinato un piano di largo indirizzo piuttosto condivisibile, in cui non si scomoda il sindacato, non si scomodano le associazioni dei medici e tutto viene rinviato a una contrattazione successiva.

Mi sono chiesto perché è stato largamente inapplicato — non voglio dire è fallito — il piano sanitario 1998-2001, fortemente voluto da Mascioni. Benché, rispetto a questo, quel piano era più concreto, c'erano più elementi di discontinuità rispetto a questo. Questo è un po' più in continuità, l'altro era più discontinuo rispetto al precedente governo, anche perché era cambiata maggioranza ed erano passati anche 16 anni. Però anche l'altro piano era abbastanza generico, pur più concreto di questo. Questo è ancora più a maglie larghe nel dibattito politico. Allora si disse che quel piano era costruito in quel modo, perché se ci fossero state indicazioni precise avrebbe trovato un'opposizione così forte, indistinta — territorio, sindaci di qualsiasi appartenenza, operatori — che solo un piano che aveva larghe possibilità interpretative poteva essere approvato. Ci sarebbe stata un'opposizione più modesta.

Quel piano, disse Mascioni, lasciava larga delega ai direttori generali per la sua realizzazione. Questo è l'errore di quel piano che viene ripetuto in questo piano, cioè non è affatto vero che coloro che sono chiamati a scrivere quello che non è scritto o a decidere quello che qui non è indicato chiaramente non trovino opposizione. Anzi è vero il contrario: i direttori generali, in alcune scelte un po' più forti, hanno trovato opposizioni molto dure, inoltre i diret-

tori generali erano sicuramente più deboli del governo regionale, quindi il piano è rimasto per oltre il 50% inapplicato. Questo piano, benché si sforza, con le aggiunte, di indicare — “tra sei mesi, tra un anno” — e di contingentare i tempi, non stabilisce con chiarezza il programma, perché un piano è forte quando c'è un programma: questi obiettivi, questo tempo, queste risorse”, soldi. Qui non c'è. Colpa del Governo Berlusconi? Colpa del Governo Berlusconi, ma quello che c'è, c'è. E allora, se quello che c'è, c'è, a mio parere occorre dire “questi obiettivi chiari, con questi soldi, in questi tempi”. E i prossimi tre anni sono così contingentati. Sicuramente non tutto il vecchio va bene. la riforma è un atto continuo della vita, ognuno di noi si autoriforma ogni giorno, però il semplice smontare il vecchio senza poi costruire bene il nuovo, porta a smontare il vecchio e basta, mentre occorrono degli investimenti che determinino quel qualcosa in più. Se non ci sono indicazioni precise, troppo spesso quelli che sono gli esecutivi, i direttori generali ti dicono “condivido queste scelte, sono d'accordo, ci sarebbe da fare questo ma non ci sono le risorse”. Molto spesso le risorse sono indicate negli uomini, nel personale, in quelli che devono fare i servizi, cioè infermieri, medici e vie di seguito, ma qualche volta non ci sono attrezzature, perché invece, per quanto riguarda una spesa tipo investimento di materiale sanitario, per lo meno non quello di consumo, molto spesso intervengono le comunità locali che in tante occasioni sono riuscite a supportare bene, da Fabriano al nord e al sud delle Marche, dare una mano alla struttura sanitaria, all'organizzazione sanitaria quando non ce la fa. Quindi è questo uno dei lati politicamente più carenti del piano: dire come, quando, in che modo. Accanto a questo un altro aspetto, e lo dico come operatore sanitario, anche se in questo momento nel limbo, che vale per tutte le strutture, dalla punta nord della regione fino alla punta sud e tutto l'entroterra. Una delle cose che continua ad esserci nella sanità pubblica è il discorso del parassitismo. In una struttura alcuni tirano la carretta, spesso lavorano anche con una motivazione molto forte e altri sono in un atteggiamento “rilasciato”, del galleggiamento per il minimo indispensabile e nulla più. Su questo

non si è mai intervenuti, perché in sede locale esistono tutta una serie di consuetudini, di rapporti umani, di prassi consolidate, in cui nessuno può dire niente ed è difficile creare conflitto nella struttura locale, perché la conflittualità finisce per aggravare le cose, mentre a mio parere andrebbe fatto tutto un discorso sull'area ispettiva, l'area del controllo, che non può essere autoreferente, non può essere un'area in cui c'è l'autogoverno delle aziende. Qui l'assessore dovrebbe creare un gruppo di controllo con i suoi “commandos” che controllino perché si creano liste di attesa che durano sei mesi, otto mesi, quattro mesi, per verificare come mai ci sono persone che scompaiono dai servizi per periodi illimitati, come mai ci sono persone che, attraverso una serie di meccanismi — recupero orario notturno, recupero festivo ecc. — non facciano mai l'orario ordinario e perché tutto questo è largamente consolidato nel sistema pubblico, mentre raramente è nel sistema privato, dove l'occhio del privato non consente questi meccanismi. Questo passaggio dal controllo di gestione autoreferenziale a un controllo di gestione verticistico è un passaggio obbligato per recuperare gli spazi, anche se quando si prendono i provvedimenti implode tutto il meccanismo. Questo è un altro aspetto che dobbiamo assolutamente sottolineare.

L'altro è quello della periferia, della territorialità. Questi “piani oscuri” sono quelli dove prendi un paese a caso e non sai cosa succederà lì. Neanche il più esperto, non dico dei giornalisti, che sono quelli che comunicano, ma di coloro che sono del settore riesce a capire cosa succede, per esempio, a Cagli. Sfogli duemila volte, vai avanti e indietro e non riesci a capirlo, perché tutto è avvitato in un meccanismo oscuro. Come è successo a me sarà successo all'assessore: quante volte arriva un normale cittadino o un cittadino istituzionale — non dico sindaci — un banale consigliere comunale di opposizione di Loro Piceno e ti chiede “ma da noi cosa succede?”. Uno sfoglia 40 volte avanti e dietro e poi dice “sai cosa c'è? Che non lo so”. E non c'è scritto. Credo allora che occorra passare dal piano generico, ovvio, condivisibile a quello dove ci sono i paletti, dove la gente sa cosa succede in quel posto, cosa può ottenere, come sanità, in quel posto e

non in un altro. Quando parli di Tolentino, sai qual è lo sviluppo a Tolentino. Invece così chi può dirlo? Bisogna vedere quell'indicatore, poi bisogna vedere cosa succede di là, "vedremo il direttore generale" ecc. e diventa tutta una specie di processualità in cui, nel concorso del territorio, alcune persone strategiche prenderanno le decisioni, che però saranno largamente mediate da chi avrà più pressing su quelli che devono decidere. Questo è il dato che qualche volta anch'io ho utilizzato — lo aggiungo per onestà — perché quando uno arriva in maniera pesante e inizia a pressare, siccome tutti vogliono vivere bene, nessuno vuol soffrire, quando uno inizia a far soffrire si aggiustano un po' le cose. L'assessore alla sanità è il nostro generale, nella sanità. Il generale deve avere una visione chiara, ben definita, comunicabile, comprensibile, in cui non può essere tutto dato in una specie di filosofia sanitaria, con una serie di indicazioni che potrebbero largamente essere rappresentate dall'assessore alla sanità Melappioni o dall'assessore alla sanità Carlo Ciccio. Quando tutto è uguale, c'è qualcosa che non funziona.

Ultimo punto. Una maglia sfuggita è il miglioramento del sistema dell'emergenza attraverso una serie di ulteriori provvedimenti. Tutti sanno quante vite umane si perdono per incidenti stradali, incidenti sul lavoro, anche incidenti domestici, pur se in numero minore o per difficoltà nell'intervento. In questo una struttura sicuramente di qualità sarebbe il "trauma center" che rappresenta ormai la risorsa che tutti i paesi occidentali avanzati dal punto di vista sanitario hanno per salvare la vita alle persone. Il piano non lo prevede, mentre a mio parere una unità di questo tipo, una sola nella regione, servita da un sistema eliotrasportato più intenso — occorre mettere a punto un sistema di più elicotteri — dovrebbe riuscire a collegarsi con una struttura monitorizzata proprio per queste emergenze specifiche. Il trauma grave o gravissimo che ha bisogno di una serie di competenze circolari intorno, che sono indispensabili per salvare la vita. Se vogliamo, questa è una indicazione avveniristica, ma a questo punto credo che la nostra Regione può dare ciò. Se alla fine di un anno si saranno salvate un certo numero di vite, vi sarebbero sì

dei costi molto forti, potrebbero però trovare spazio anche attraverso le risorse tradizionali che ci sono. E' un problema anche di coordinamento e organizzativo, perché le persone non sono a disposizione solo per quel servizio, ma sono immediatamente disponibili per quel servizio.

Concludo dicendo che il rischio della normalizzazione di questo piano è la burocratizzazione e la perdita di motivazione professionale. Coloro che fanno gli operatori sanitari sanno che la motivazione professionale e il sentirsi parte di una struttura dinamica, vivace, in cui uno ha un ruolo, è fondamentale per ottenere la qualità. Nelle strutture private ci sono continuamente eventi per portare la motivazione dei manager, degli operatori, dei quadri intermedi. Ultimamente la Telecom ha addirittura fatto delle gite collettive di manager e quadri con sport collettivo, per motivare tutti a fare squadra e funzionare bene insieme. Lo dico come battuta, però occorre che invece della burocratizzazione si guardi al meccanismo non solo standardizzato, ma anche di fare squadra, di sentirsi parte di un sistema vincente sulla salute, che dà risultati, rispetto a un sistema appannato, per certi versi anche frustrante, che spesso è il nostro sistema sanitario regionale.

Ovviamente, anche se questa volta il mio atteggiamento è meno oppositivo, trovo però larghi spazi per dire che questo piano non mi convince, è incompleto, poteva sicuramente essere migliore.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere D'Angelo.

PIETRO D'ANGELO. Come ho già avuto modo di dire negli interventi fatti nei giorni precedenti, la legge di riorganizzazione dei servizi sanitari approvata ieri e questo piano sanitario che ci accingiamo ad approvare in questi giorni sono atti di estrema importanza e per questa maggioranza regionale e per tutti i cittadini della nostra regione. Però in un contesto nazionale ed internazionale tendente alla privatizzazione della salute pubblica, quindi alla sua mercificazione, diventa fondamentale un piano sanitario come quello che stiamo

discutendo, che punta a garantire il diritto alla salute a tutti i cittadini, che passa attraverso un miglioramento della qualità della vita, migliore qualità della vita a cui è orientata tutta l'azione politica dei verdi. Il piano sanitario quindi, deve riconoscere che le strategie per il miglioramento della salute non possono limitarsi al trattamento della malattia, bensì devono prevedere, in primis, tutte quelle attività di prevenzione relative agli ambienti di lavoro, alle condizioni ambientali, alla salubrità degli alimenti ecc. Sappiamo bene il dramma che ogni giorno centinaia di migliaia di cittadini subiscono in relazione agli attacchi di ogni genere tendenti a peggiorare la loro qualità della vita e a mettere a repentaglio la loro salute, in funzione solamente di una speculazione economica.

Il piano, pertanto, deve prevedere le diverse strategie ed iniziative di prevenzione e previsione della salute, atte a garantire il benessere della persona e il miglioramento della vita. Soprattutto deve garantire che ogni persona non venga messa in condizioni di dover scegliere tra diritto alla salute e diritto al lavoro. Questi sono due diritti fondamentali che non possono essere messi in competizione fra loro e devono essere garantiti entrambi. Troppo spesso però accade che fasce di cittadini vengano messi in condizione forzata di dover scegliere tra questi due diritti fondamentali e a volte succede, quale insulto alla ragione, che venga scelto, prima del diritto alla salute, quello al lavoro. Ritengo che non si debbano mettere i cittadini di fronte a queste situazioni, ritengo che non possa esistere lavoro senza salute.

Questa è la linea che da sempre guida l'azione politica dei Verdi. A tal proposito voglio ricordare due situazioni emblematiche di questo genere, presenti nella nostra regione: l'Api di Falconara e la Sgl Carbon di Ascoli Piceno, dove — in quest'ultimo caso — è in atto addirittura un procedimento penale presso il tribunale di Ascoli Piceno, per accertare la presunta connessione tra la morte di un consistente numero di lavoratori con l'attività lavorativa svolta.

Garantire la salute dei cittadini, per i Verdi è anche e soprattutto prevenire, eliminando o contenendo le cause di molte malattie.

In questo contesto il piano sanitario in

discussione dovrà spostare risorse dagli ospedali al territorio e alla prevenzione. L'obiettivo del piano sanitario è quindi quello di portare la spesa ospedaliera nel 2005 al 47% della spesa sanitaria totale, per liberare risorse per la sanità territoriale e preventiva. In questo contesto va da un lato riqualificata la rete ospedaliera, attraverso un potenziamento di tutti gli ospedali di rete, va consolidata la rete d'emergenza, va perseguita la territorializzazione di alcune alte specialità, con una ridefinizione delle funzioni dei piccoli ospedali, che non devono essere chiusi o penalizzati ma utilizzati al meglio per soddisfare l'insicurezza, le esigenze dei territori, ovunque essi si trovino, o in aree urbane densamente popolate o in aree montane e rurali non facilmente raggiungibili e scarsamente popolate. Dall'altro lato è indispensabile riqualificare il sistema dell'offerta sanitaria, attraverso il miglioramento della qualità dei servizi. Più volte si sono levate voci da questi banchi, ma anche attraverso interrogazioni che io stesso ho presentato, secondo le quali non è più tollerabile assistere inermi a quelle liste di attesa di diversi mesi per analisi o visite specialistiche. Questo, forse è l'aspetto più macroscopico di una sanità italiana che, pur essendo la seconda nel mondo per i servizi erogati, comunque qualche sacca di non efficacia la presenta. Occorre quindi un impegno concreto per eliminare questo flagello delle liste d'attesa che i cittadini subiscono e accusano in modo fortissimo.

E' indispensabile, nella riqualificazione del sistema dell'offerta, una più attenta risoluzione delle problematiche legate alla terza età, lungodegenze, assistenza extraospedaliera, attraverso un congruo numero di posti letto residenziali.

Per il raggiungimento di questi obiettivi saranno attivati piani comunitari per la salute e piani di area, con i diversi soggetti presenti sul territorio.

Altro aspetto fondamentale del piano è proprio quello di far recuperare centralità al territorio, ai governi locali, alle rappresentanze sociali, agli operatori, ai cittadini associati, facendoli intervenire nella valutazione della funzionalità del servizio sanitario regionale e anche in proposte di programmazione, attra-

verso suggerimenti atti a migliorare l'offerta sanitaria nella regione, che deve passare, appunto, attraverso il contributo essenziale del territorio e dei suoi rappresentanti.

Tutto ciò per costruire una rete di bisogni prima espressi e poi concretizzati.

In altre parole, va superato l'odierno assetto gestionale, organizzativo e amministrativo, che in parte, nella riorganizzazione sanitaria è stato affrontato, anche se i Verdi hanno espresso perplessità e contestualmente è indispensabile quel ruolo fondamentale e importante che deve avere la conferenza dei sindaci che deve essere potenziata.

Bisogna quindi far sì che tale organismo intervenga nell'integrazione socio-sanitaria ed assuma un ruolo importante di rappresentanza dei bisogni e di concertazione con l'organo regionale per quanto riguarda l'assetto sanitario del territorio.

E' indispensabile una sanità efficace nella prevenzione e nell'assistenza, che garantisca innovazione e qualità dei servizi sanitari distribuiti sull'intero territorio. Ecco perché alcune estremizzazioni campanilistiche emerse in questi giorni non sono condivisibili, anche se politicamente comprensibili. Occorre quindi fare investimenti programmati tra Regione e rappresentanze locali; occorre che un bene così importante come quello della salute coaguli l'attenzione di tutti, al di là di interessi particolari. Non voglio fare riferimento all'aspetto politico, ma sappiamo bene che anche all'interno della sanità alcune storture si hanno proprio per la difesa di privilegi di alcune lobbies. E' indispensabile quindi intervenire non penalizzando alcuno, ma con serietà, affinché, al di là degli interessi di lobbies prevalga l'interesse della collettività e di tutti i cittadini. La salute è un bene che va tutelato.

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
SANDRO DONATI

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Romagnoli.

FRANCA ROMAGNOLI. E' vero, come diceva il collega Ciccioli, che è un'atmosfera

un po' rilassata e che registra molte assenze, però ritengo che non sia sicuramente dovuto alla minore attenzione che registriamo nei confronti di questo atto rispetto a quello di ieri, anzi credo che i cittadini marchigiani siano molto più interessati a questo che andremo a votare nella prossima settimana e che oggi stiamo illustrando, perché ha più riflessi, più riscontro sulla salute intesa come valore forte, da tutelare, come diceva il collega D'Angelo.

E' vero anche che il riordino amministrativo ieri votato, peserà in maniera determinante come contenitore di questa riforma, per i ruoli che determinate figure ieri istituite avranno, come artefici, come gestori del piano sanitario, quindi gestori delle decisioni che, poche, resteranno ai territori o comunque decisioni che sicuramente influiranno nella razionalizzazione delle strutture sanitarie e ospedaliere, non senza interferenze, non senza problematiche, perché abbiamo già detto e spiegato quanto sarà difficile gestire questa fase transitoria. Mi auguro davvero che tutte le espressioni di buona volontà vengano poi eseguite in questo periodo non facile che ci aspetta. La gestione di decisioni importanti sulla sanità.

Noi riteniamo che questo piano sanitario sia insufficiente ed inadeguato alle esigenze e ai bisogni dei cittadini marchigiani. Questo piano parte da una fotografia delle criticità, probabilmente le individua; da una fotografia dei problemi, che pure individua con una certa precisione (la mobilità, i punti in cui i bisogni sono più elevati), però poi non dà a tutta questa analisi delle risposte adeguate, anzi parte da un assioma a nostro avviso non condivisibile, di sovrabbondanza di offerta rispetto ai bisogni. Io ritengo invece che bisognava meglio dire sovrabbondanza di offerta non vera e propria, ma una errata distribuzione dell'offerta, individuando così dove davvero le strutture erano troppe, dove mancavano e dove, invece le strutture ospedaliere, polo o rete, ci sono ma servono, funzionano e soddisfano a malapena il bacino d'utenza di una zona.

Nel piano precedente si parlava di bacini d'utenza e da quanto abbiamo visto, noi neofiti di questa legislatura, leggendo ex novo si tentava una razionalizzazione in base alle utenze

effettive dei presidi ospedalieri, quindi delle unità operative, dei reparti, dei distretti. Oggi la fotografia è diversa, probabilmente spersonalizza, in nome di una suddivisione puramente geografica, provinciale o di rete, l'immagine del territorio, non si parte dai bisogni locali, o meglio dall'affluenza che una zona diversa su un determinato ospedale di polo, per quanto piccolo, che però funziona, lavora e magari registra anche una domanda addirittura inadeguata, sovrabbondante, perché in molte parti delle marche ci sono sperequazioni proprio perché cittadini non riescono ad avere a puntino il servizio cui hanno diritto. Questo non pesa nel piano, dove invece si tenta di razionalizzare soprattutto in base a risposte provinciali, mantenendo l'individuazione di questa suddivisione delle aziende ospedaliere, di cui abbiamo già parlato, esclusivamente in alcune zone. Però dove c'è carenza questo piano non ne individua di altre, anche dove potrebbero essere drenaggio della mobilità passiva.

Gli ospedali di rete vengono sulla carta potenziati, ma di fatto manca loro la possibilità di esplicitarsi in eccellenza o in operazioni di alta complessità, temo a lungo andare ridotti a megapoliambulatori, a fronte soprattutto di un depotenziamento che, nonostante nel piano non figurino, di fatto stanno subendo i distretti. Gli ospedali di polo cancellati soltanto perché non sedenti in zone individuate propiziamente dal piano, o meglio solo perché in questa logica di razionalizzazione sembrano depositari dei maggiori sprechi, quando così non è. Concordiamo tutti nel dire che, caso mai, la spesa è maggiore proprio dove ci sono eccellenze e proprio per questo non converrebbe andare là a fare l'appendicectomia. Si è parlato ieri dell'assurdità di non avere ospedali di rete per interventi di questo tipo, di non grande complessità, in alcune zone come nella zona di Ancona. Questo è un problema, perché di certo costa di più fare un intervento facile nel grande ospedale di eccellenza che negli ospedali di polo che registrano invece un depotenziamento.

L'ospedale di polo è un punto debole forte di questo piano sanitario, non perché ognuno vogliamo difendere il nostro, ma per-

ché il piano sanitario di certo, su questo tema non è chiaro. Non ho capito se la decisione sui poli debba essere rimessa al piano sanitario. Se così è, di sicuro i criteri individuati per far sì che gli ospedali minori mantengano chirurgie in alcuni casi, medicina generale e poi tutte le altre ipotesi di riconversione, soprattutto in Rsa ecc. non sono criteri certi, il piano non ci dice quali verranno riconvertiti e quali resteranno come sono, anzi ci illude o soprattutto illude i territori, perché parla ipoteticamente della possibilità che tutti mantengano funzioni chirurgiche, funzioni di medicina, tanto si risolve a questo il problema principale, la chirurgia e la medicina. La scelta non la prende il piano, ma io temo che non siano in grado neanche i territori, così come riformati, soprattutto nelle loro figure e nei reggenti, a poterla prendere, perché in alcune zone come per esempio la mia, gli ospedali di polo sono tanti e la "guerra dei capponi" di Renzo di manzoniana memoria, sicuramente si scatenerà. Noi abbiamo presentato un emendamento per far sì che, se la decisione è territoriale — ma sarà difficile che sia equa, perché i criteri non sono chiari e promettono tutto a tutti — per lo meno la conferenza dei sindaci, sul riordino ospedaliero che i direttori dovranno proporre, dia parere vincolante. Mi auguro che ci possa essere discussione su questo emendamento che vuol stabilire se dovranno essere i territori a dover dire la loro, ma lo diranno a fatica. Meglio era decidere davvero quali strutture, individuarle a priori, non per essere centralisti, ma perché ci sono già delle situazioni in corso di riconversione, delle altre che invece vivacchiano con le chirurgie, ma che potrebbero andar meglio se ci fosse la chiusura di quelle vicine. Cioè una fotografia e soprattutto dare dei criteri che possano essere più certi, più vincolanti. Addirittura non escludo che nel piano si potevano individuare proprio i presidi di riconversione, quelli che potevano mantenere le chirurgie e così via.

Se leggiamo la pagina che riguarda la chirurgia programmata e l'assistenza chirurgica, che peraltro è cosa diversa dalla funzione chirurgica, non consente agli ospedali di polo di poter mantenere tutti la chirurgia. Le eccezioni di Amandola e Novafeltria mi vanno

bene, poi c'è una serie di elementi, che peraltro dovrebbero concorrere con i requisiti messi in capo alla pagina, che per alcuni si realizzano e per altri non si realizzano e non è neanche giusto che sia il criterio residuale quello che possa mantenere la chirurgia ad uno anziché ad un altro. Di chirurgia c'è bisogno, perché in alcuni bacini non è sovrabbondante, nonostante ci siano più chirurgie, perché la domanda in alcune zone non è soddisfatta appieno, ad esempio, dal completamento degli ospedali di rete non terminati. Parlo anche della mia zona del fermano, dove ipoteticamente i posti letto li manteniamo, dove ipoteticamente, quando sarà a regime il funzionamento dell'ospedale di rete la funzione chirurgica potrà essere sufficiente, oggi non lo è. Perché non individuare con chiarezza quali ospedali possono mantenerla e se, addirittura, tutti possano, per un periodo provvisorio... Su questo vorrei che ci fosse anche una discussione per monitorare il precedente piano. Partiamo da una razionalizzazione a colpi d'accetta, che prende per buoni i presidi di rete, prende non per buoni — quindi devono chiudere — quelli di polo e fossilizza le eccellenze soltanto da una parte, ma non ci dice a che punto, dopo tre-quattro anni dall'applicazione del precedente piano, la domanda e l'offerta siano in tal senso cambiate. Per esempio, noi chiudiamo i punti neonatali, ma ci sono zone dove, proprio a causa della già avvenuta chiusura dei punti neonatali la mobilità è vertiginosamente aumentata, in danno proprio di quella zona, in danno di quel punto, non per restare nel corrispondente ospedale di rete, ma per cambiare, nella migliore delle ipotesi, in mobilità extra Asl o extraprovinciale... Noi abbiamo chiuso Sant'Elpidio a Mare e puntualmente sono andati tutti a San Severino, a Recanati o addirittura al Salesi e Fermo non ha minimamente raccolto tutto quel bacino d'utenza che prima, con successo, si riversava su Sant'Elpidio. Così è avvenuto anche con la chirurgia, che più si accorpa, soprattutto nei periodi estivi, e meno si riversa, probabilmente perché gli ospedali di rete non hanno recuperato una buona immagine, non riescono a dare quella sicurezza, quell'immagine che invece, per le risorse umane, professionali, primariati che

hanno, dovrebbero avere. Non faccio un'accusa, però è da chiedersi perché questo non avvenga. Queste situazioni non sono state nel piano risolte e quando diciamo apoditticamente che i poli neonatali non possono stare più negli ospedali di polo, diciamo una cosa che non tiene conto del reale flusso di mobilità, del reale flusso delle madri in questo caso, che nella zona si è registrato, anzi andiamo a consacrare una situazione che è a sua volta foriera e portatrice di ulteriore mobilità.

Non possiamo non prendere atto che oltre 1.500 persone all'anno che si rivolgono al pronto soccorso dell'ospedale di Fermo su un numero ics, non si ricoverano poi nell'ospedale di Fermo, vanno altrove, anche nelle case di cura private, sicuramente a Civitanova, non si fermano lì.

Parlare di ospedale di rete in questi termini, quando già c'è un flusso, una lontananza dei cittadini da questi ospedali, aggravando questa situazione, non è opportuno. Non dico che mantenendo tutto intorno si possa salvare e si possa rimediare il problema, dico però che un monitoraggio, un'indagine su quello che nelle singole zone sta avvenendo, manca. Chiudendo intorno e centralizzando il pronto soccorso e la rete di emergenza non abbiamo risolto il problema, perché la gente è pure obbligata ad andare a Fermo, non si ferma più, come prima, al punto di primo intervento di Sant'Elpidio, di Montegranaro ecc., ma ugualmente a Fermo non ci si ricovera. Occorreva una dettagliata situazione delle zone che non fosse la cieca razionalizzazione province, eccellenze da una parte, nord-sud; province, reti e ospedali minori uguale a spreco, uguale sovrabbondanza. Ci può essere quella struttura chirurgica — e individuamola — rispetto alla quale utilizzare dei criteri che possano consentire una sorta di ripartizione di decisioni — anche sulle chiusure, decisioni ben dure da prendere — scientifica ai territori. Ma questi dati nel piano non ci sono. Parliamo di polo tutti uguali, parliamo di rete tutti uguali.

Il drenaggio alla mobilità — è una cosa che mi preme — è la piaga di tutto il sistema sanitario, ma la piaga delle Marche, in particolare di certe zone, dove di sicuro non c'è più

scadimento della qualità e delle risorse umane e professionali dei medici di altre parti, ma si è creata, per una serie di situazioni, anche di lungaggini nella stessa realizzazione degli ospedali di rete che ancora non sono terminati, quindi non sono a regime, una diffidenza dell'utenza, cosicché, se anche il piano individua la rete come il doveroso punto di attrazione, la gente non ci va. Questo, nel piano non ce lo chiediamo. Come non vedo altrettanta attenzione al problema dei poli neonatali, che in maniera troppo apodittica sono stati cancellati dagli ospedali di polo, quando invece, soprattutto nelle zone di montagna — mi riferisco nel caso di specie ad Amandola, che ha avuto delle deroghe con Novafeltria per la chirurgia — la maternità dovrebbe avere delle deroghe, perché non possiamo non fare i conti con una viabilità assurda che le Marche hanno, non possiamo non fare i conti con una zona in cui le infrastrutture sono troppo arretrate. Immaginate, soprattutto in inverno, quanto tempo occorra a un cittadino di Amandola o di Montemonaco per andare a partorire ad Ascoli o a Fermo. Questo determina altre scelte e non si riversa nei bacini naturali.

Quindi chiedo una maggiore attenzione al vissuto, a quello che si è realizzato, a quello che le zone non sono state forse in grado di segnalarvi. Infatti ieri ho detto "se li aveste controllati di più, sia dal punto di vista finanziario che programmatico, avremmo potuto fare qualcosa di meglio", però c'è tutta una situazione che nel piano non compare, il piano sembra qualcosa di completamente diverso, un voltare pagina da quello precedente, non ha svolto un monitoraggio dell'esistente, quindi non credo che con criteri generali si possano risolvere i problemi. Credo, piuttosto, che allora si nasconda, qui sotto, una razionalizzazione cieca, che porterà inevitabilmente alla chiusura di tutti gli ospedali minori, accompagnato questo dai diversi regimi tariffarie, dai Drg, da tutto quello che va a complicare e a rendere più difficile il ricovero nei piccoli ospedali. Non parlo poi delle ragioni culturali, tradizionali, storiche che stanno anche alla base di questo mio ragionamento. C'è però un flusso che si riversa ancora in maniera cospicua su questi

posti e che non si riversa, invece, nei poli di rete dove vogliamo individuarli.

Tutto questo ha un peso, perché poi genera mobilità, genera spesa.

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
GILBERTO GASPERI

PRESIDENTE. Era prenotato il consigliere Massi. Considerato che non è presente, ha la parola l'assessore Melappioni.

AUGUSTO MELAPPIONI. Dopo un'impegnativa, interessante e produttiva riflessione del Consiglio sul modello organizzativo, siamo finalmente a parlare di quello che interessa molto di più i marchigiani, almeno alla luce della mia esperienza sul territorio dove, quando il confronto era con la politica e qualche volta con le istituzioni si parlava di modello, quando il confronto è stato con i cittadini, con gli operatori, il modello veniva completamente dimenticato e le problematiche hanno sempre fatto riferimento alle questioni dei servizi. Quindi, oggi un giusto, adeguato ed appropriato dibattito, anche se poi, forse per le fatiche delle giornate precedenti, non ugualmente partecipato e questo, per ora lo limito ad una conosciuto rispetto a ieri, altrimenti dovrebbe essere un indice di preoccupazione.

Noi abbiamo lavorato su un'ipotesi di aggiornamento del piano sanitario precedente, convinti che una serie di questioni generali, di indirizzi di politica sanitaria presenti nel precedente piano mantengono tutta la loro validità e quindi in continuità con quello ma con alcuni aspetti di forte differenziazione. Mi permetto di fare un esempio che potrebbe sembrare personale, visto i miei interessi, ma il governo di centro-sinistra, quando è arrivato sul sistema sanitario ha trovato una situazione molto disomogenea e con un sistema di qualità indubbiamente inferiore. E' stato fatto un lavoro come in un prato abbandonato, di concimazione, di lavorazione, di semina e di crescita. Oggi il prato è cresciuto e c'è necessità di dargli un indirizzo specifico. Quindi è un lavoro diverso dal piano precedente che doveva dare impulso al sistema, doveva investire, c'erano investi-

menti per oltre mille miliardi fermi da 7-8 anni ed è stato fatto un percorso di questo genere. E' ovvio che ci siamo trovati di fronte ad una situazione diversa, che nasce anche da bisogni diversi. La popolazione marchigiana cambia con le stesse caratteristiche, accentuate, del resto del paese, quindi presenta bisogni che sono legati ben più alle questioni della post acuzie che dell'acuzie ed in quest'ottica è ovvio che il sistema si deve riallineare. Quindi è stato fatto un percorso rispetto al quale qualcuno insiste sulla genericità. Credo che non siamo di fronte a ideologie, ma siamo di fronte a dei punti di valore che debbono essere comunque ribaditi e confermati, quindi noi abbiamo sentito e sentiamo una forte esigenza di aprire un piano sanitario con i valori che sono rappresentati dalle forze che governano questa regione, crediamo a quel percorso, perché sono principi che ritroviamo anche negli indirizzi generali della politica sanitaria dell'Oms, crediamo al fatto che vogliamo sempre più indirizzarci verso una problematica più generale di salute e addirittura di qualità della vita e abbandonare una visione strettamente collegata alle problematiche sanitarie, convinti come siamo di trovarci davanti ad un sistema sanitario qualificato, dentro un paese che ha un sistema sanitario qualificato, ma che avrà comunque difficoltà a crescere, se non leggerà in un'ottica di sistema i servizi che mette a disposizione dei cittadini. Quando parlo di ottica di sistema non mi riferisco soltanto strettamente alle problematiche socio-sanitarie, ma a tutte quelle collegate alle opportunità che un sistema di questo genere, di qualità, determina nei confronti anche di tutto lo sviluppo complessivo e in particolare del sistema economico-produttivo.

Dal punto di vista metodologico, alcuni aspetti di riferimento fondamentale.

Al di là di quello che si possa dire, noi abbiamo gli elementi per dimostrare in tutte le forme, quindi nella sostanza, che siamo partiti dai bisogni dei cittadini. Abbiamo un'articolazione dell'offerta dei posti letto che è il chiaro esempio che si è lavorato in quest'ottica, quindi anche rispetto a specificità che venivano ricordate anche recentemente dalla collega

Romagnoli, noi abbiamo lavorato in un'ottica che tenesse fortemente presenti i bisogni, determinando dei moltiplicatori in linea con queste esigenze specifiche. Ovviamente in un'ottica di riallineamento del sistema, quindi non in una forma collegata al passato ma in una forma molto più ampia.

Un altro elemento che differenzia questo piano dal precedente è la forte priorità, rispetto al precedente e non come valore assoluto, della compatibilità economica. Chiedo e chiederò al Consiglio di fare un lavoro impegnativo, come abbiamo fatto fino ad oggi, sulla lettura del piano sanitario, ma insisto sul fatto che, nell'ottica della fattibilità a cui crediamo fortemente, qualsiasi ulteriore contributo che venga comunque dato, abbia questa logica: spostare risorse significa aggiungere ulteriori attività al piano, trovando la copertura. Credo che su questo ci sia un'esigenza, altrimenti è poi facile dire, alla fine di un triennio "non c'è la praticabilità, non è stato fatto perché non siamo stati messi in condizioni di realizzarlo". Credo che questa sia una delle differenze più forti.

Un altro aspetto molto interessante, diversamente da quello che ho sentito qui dentro, mi porterebbe addirittura a concludere che c'è stata una lettura un po' affrettata di certe pagine, perché nella tabellazione che noi presentiamo, individuiamo nelle aree con gli obiettivi specifici, le azioni e gli strumenti, i tempi, le risorse e gli indicatori, come e quando realizzare i progetti e verificare se, alla fine, il risultato c'è stato. Credo che questo debba far riconoscere, da una parte un grande impegno e una grande oggettività che vogliamo dare alle nostre azioni, quindi mettere tutti in condizioni se, alla fine, i risultati ci sono stati.

L'altro aspetto che veniva ricordato, anche questo di tipo metodologico, è relativo alle maglie più o meno larghe con cui un piano sanitario viene fatto. Ci sono delle Regioni che stanno rinunciando al proprio piano sanitario. A differenza di quello che ho sentito qui dentro, siamo sempre più in un'ottica di principi da parte del Consiglio, proprio perché un divenire scientifico-tecnologico e un divenire di bisogni continuo e diversificato rischiano di trovare in un piano sanitario un elemento non di facilita-

zione ma un elemento di ostacolo alle variazioni delle esigenze, oltre che delle disponibilità economiche.

Un altro aspetto che sta in questo concetto di maglie strette e maglie larghe è che noi, diversamente da qualcuno dei colleghi dell'opposizione, crediamo nel territorio, nelle sue capacità di poter fare scelte autonome, perché ne abbiamo gli esempi, perché abbiamo Province che già hanno definito quale può essere, dentro la propria dimensione, un'applicazione operativa del piano sanitario. Crediamo al territorio non come un mero trasferimento di poteri come ci veniva chiesto ma come una capacità di programmazione, come la possibilità, attraverso i piani comunitari di salute, di poter programmare il proprio territorio, i propri bisogni, partendo, ad esempio, da quello che diceva prima il collega Ciccioli, sulle problematiche degli incidenti stradali. Questo non significa non assumersi le responsabilità, perché poi, alla fine del percorso, qualora il territorio non individui le sue specifiche priorità dentro le nostre compatibilità economiche, saremo noi comunque, come Consiglio regionale, su proposta della Giunta, ad allineare le proposte e quindi a fare le scelte definitive, ma lasciando proprio a quella caratteristica di marchigianità, quindi di articolazione di bisogni, di metodiche e di risoluzioni diverse, la possibilità di percorsi pienamente e fortemente autonomi.

Uno degli aspetti a cui darei forte risalto, diversamente da quello che ho sentito in questo Consiglio, è il concetto della promozione della salute, che ricordavo nell'aspetto applicativo dei piani comunitari, comunque nell'aspetto più lato, più ampio della necessità delle problematiche collegate alla prevenzione, quindi degli stili di vita intesi come elemento fondamentale della qualità della vita e della salute, superando i rischi delle problematiche collegate strettamente alla sanità.

Un altro aspetto molto interessante, a differenza di quello che diceva il collega Ceroni e come ha ricordato il collega Secchiaroli questa mattina, è la grossa integrazione fra servizi sociali e sanitari. Colleghi, non date poca importanza a questa cosa: è un percorso storico

che cambia, un percorso culturale, a iniziare dal ruolo degli enti locali. Noi stiamo chiedendo uno sforzo di cambiamento storico delle posizioni degli enti locali, in un coinvolgimento di ampio spazio e di ampio respiro, sul loro ruolo, a fronte della nostra disponibilità a immettere risorse su questo settore. Non è cosa da poco, non è cosa semplice, non abbiamo scritto "piano socio-sanitario" come qualcuno avrebbe preteso, perché nell'umiltà della consapevolezza della difficoltà di questo percorso, preferiamo lasciare al prossimo piano questo titolo, coscienti però che solo nel momento in cui questo sarà applicabile, ci assumeremo la responsabilità di scriverlo come titolo. Quindi assolutamente non un piano sanitario vecchio, ma un piano sanitario che, proprio in questa direzione e in un'ottica di coinvolgimento, crea le condizioni operative — dopo che noi le abbiamo create dentro la Giunta regionale — per fare questo percorso.

Una risposta sulla questione dei regimi tariffari, ma prima un inciso.

Mi rendo conto che dovrei cercare di dare risposte a tutti, ma dopo sei ore di dibattito è difficile sintetizzare, quindi, avendovi ascoltato tutti con molta attenzione, mi impegno, nel divenire di questi giorni, di cercare di esaurire, o comunque di rispondere rispetto a tutto quello che voi avete portato in aula questa mattina.

Rispetto ai regimi tariffari e alla famosa delibera di dicembre, vorrei prima chiudere un percorso. Questo ci ha consentito di recuperare qualcosa più vicino ai 20 che ai 15 miliardi nei rapporti con le altre Regioni, perché abbiamo allineato le nostre indicazioni tariffarie rispetto alle Regioni di confine e a tutte le altre Regioni, quindi è indubbio che questo è un elemento molto importante. Non pensiamo che rispetto a una dimensione di 2.200.000 euro, alcune decine di milioni di euro siano di poco significato. Lo sento dire continuamente, ma non è così. Non si fa il rapporto fra il valore della produzione e il valore di un costo, si fa il rapporto fra il valore della perdita e il valore del costo, quindi qualsiasi confronto va fatto fra perdita e costi. Allora sì che possiamo permetterci il confronto, ma questo sarebbe un discorso molto più complesso, che faremo in altre sedi.

Tornando alla questione dei regimi tariffari, è solo demagogico e serve solo per creare confusione e disagio sul territorio, dire che noi abbiamo da una parte fatto programmazione e dall'altra creato le condizioni per penalizzare gli ospedali di polo. Io ci sto a questo discorso, posso accettare anche un confronto nei termini specifici della questione, però alla fine concludiamo che dove gli ospedali non producono li chiudiamo. Noi non abbiamo scritto da nessuna parte, non abbiamo mai fatto una riflessione di questo genere. Attenzione, perché le tariffe si riferiscono alla previsione di costo, non al costo definitivo che avremo a consuntivo, perché noi paghiamo a consuntivo di costo e siccome questo aspetto delle tariffe riguarda la programmazione e la previsione di spesa, sono due percorsi diversi: chi sovrappone questi due aspetti o non conosce il problema o fa demagogia rispetto alla nostra intenzione pretesa di penalizzare queste strutture. Questo non è assolutamente vero e credo che chi l'ha fatto fino ad oggi abbia commesso un grosso errore.

La questione degli ospedali di polo è una questione complessa che non riguarda soltanto la nostra regione, che noi crediamo di avere interpretato al meglio rispetto a tutti i criteri che abbiamo sempre detto: il ruolo dei comuni della nostra regione, la storia della nostra regione, ma dentro un percorso scientifico-tecnologico che cambia fortemente la nostra vita. Non possiamo dire, perché è arrivato il telefonino, che è successo qualcosa che ci lascia indifferenti, quindi anche l'evoluzione tecnologico-scientifica che c'è dentro la sanità determina un cambiamento strutturale della nostra modalità di vita. Questo significa, nello specifico, che non possiamo consentire che ci siano, come diceva questa mattina Procaccini, cittadini di serie A e cittadini di serie B rispetto ad accesso, qualità dei servizi e professionalità adeguate.

E' ovvio che l'amministratore e chi è nell'istituzione regionale, sotto questo punto di vista deve essere molto attento, ci deve essere un giusto equilibrio fra un mix di possibilità di accesso ai servizi e qualità dei servizi che vengono dati. Vede collega Romagnoli, è in-

dubbio che c'è una preoccupazione rispetto a territori che perdono risposte a un bisogno locale, ma è pur vero che la prima cosa che ci interessa in un sistema — qui parliamo di qualità — è garantire la qualità della prestazione. Oggi, ormai è così: la qualità ha una forte relazione con la quantità e la qualità delle tecnologie e delle professioni messe a disposizione. Questo non è un modello che abbiamo scelto noi, questo non è un modello neanche italiano né europeo, è una scelta, un'impostazione che ci viene dall'applicazione della scienza, che ci condiziona in questo senso. Sta a noi trovare il giusto equilibrio, sta a noi confrontarci dentro un'aula di rappresentanza popolare per decidere come stanno le cose. Io però — e qui, purtroppo, devo ricorrere a esperienze personali — le confesso che ho visto delle tragedie in conseguenza di questo. E' ovvio che non possiamo fare un confronto sulle tragedie, perché ognuno ha sue esperienze diversificate, ma io credo di portare un contributo, sotto questo punto di vista, che qualche volta esaspera la mia naturale rigidità e mi porta a essere su posizioni di questo genere. Credo che il lavoro che noi abbiamo fatto come Giunta regionale, come gruppo di lavoro dentro l'assessorato e come Commissione ci abbia portato molto avanti su questa strada. Credo che ci siano le condizioni, in questi giorni, per confrontarci ancora su questa problematica dei poli, nessuno vuol penalizzare, né in un senso né nell'altro. Sappiamo che è cambiata la scienza, sono cambiate le esigenze dei marchigiani, dentro quell'ottica un sistema a rete che garantisca, può e deve essere un elemento di programmazione di base.

Rispetto ai progetti obiettivo che sono dentro il piano sanitario — salute mentale, dipendenze, materno-infantile e popolazione anziani — siamo in una fase di elaborazione abbastanza avanzata, per alcuni siamo addirittura nella fase finale, per altri avremo confronti importanti nei prossimi giorni. Credo che entro i termini della programmazione comunque metteremo il Consiglio regionale in grado di confrontarsi su quello che non gli è consentito adesso, perché non c'è nel piano.

PRESIDENTE. Ha la parola il Presidente D'Ambrosio, per le conclusioni.

VITO D'AMBROSIO, *Presidente della Giunta*. Dopo l'intervento dell'assessore non resta molto da dire, se non che, paradossalmente, c'è stata un'attenzione spasmodica nei riguardi della legge di riordino amministrativo e organizzativo, sembra che il piano sanitario interessi pochissimo. Mi auguro che sia soltanto la ritualità delle dichiarazioni, che alla fine diventano una specie di esercitazione retorica.

Vorrei dire solo tre cose, molto rapidamente.

Sta al senso di responsabilità di tutti noi gestire con intelligenza un tema che, se gestito soltanto con strumentalità, corre il rischio di diventare non solo difficilissimo, ma di portare a risultati profondamente distorti e distorcenti. Sappiamo tutti che la risposta ospedaliera che viene pretesa nella nostra tradizione come la risposta che deve stare sempre sul comodino da notte, molto spesso è sbagliata, inappropriata, insufficiente e che discorso molto diverso è quello di una risposta complessiva che tenga conto di tutte le ultime novità portate dalla tecnologia, dal progresso, dall'organizzazione, da una serie di dati che ci fanno rispondere con molta tranquillità che il piano del 1998 si poneva in un contesto che è cambiato profondamente, in maniera incredibile, a distanza di soli 5 anni. Io non sono medico, quindi non mi avventuro su terreni che non sono miei, anche perché, come la scienza dei padri non si trasmette ai figli così è vero il contrario, quindi il fatto di avere una figlia medico non mi rende particolarmente esperto, però dico che i progressi nella chirurgia sono tali per cui oggi i reparti di chirurgia sono completamente diversi da strutturare e da organizzare da quanto poteva essere anche solo 5-6 anni fa. Basti pensare alla diffusione enorme della chirurgia laparoscopica, che sta diventando ormai un modo standard per rispondere a una serie di esigenze che fino a pochissimo tempo fa si impostavano in maniera diversa, il che significa degenze molto più veloci, il che significa attrezzature diverse, il che significa, sostanzialmente, che questo tipo di risposta non può essere considerata più una

risposta a piccoli problemi, ma una risposta a una serie di problemi tali, per cui va impostata in maniera diversa la stessa sensazione della necessità dei reparti di chirurgia.

L'altro elemento che vorrei sottolineare con forza, è che poi, quando noi pensiamo di rispondere alle esigenze di popolazione sul territorio assicurando un certo tipo di servizi, ci rendiamo conto che, giustamente, il progresso complessivo comporta che, per patologie appena al di fuori della normalità, o lo stesso paziente o il medico che lo cura non hanno alcuna remora, giustamente, ad indirizzarli altrove. Il punto è che non si può pensare di assicurare un presidio ospedaliero ad ogni fermata d'autobus, quando sappiamo benissimo che per patologie superiori a quelle più banali non si indugia un momento a rivolersi al più importante, al più attrezzato o anche al meglio conosciuto, dal punto di vista del marketing, centro regionale, anche fuori della regione. Non ci sono più limiti, quindi stiamo attenti a non fornire risposte che servono soltanto a tenere tranquille ansie emotive, quindi, per dirla in maniera banale, l'ansia si cura con gli ansiolitici e non mantenendo gli ospedali, se non servono.

L'altro punto ancora più importante, è che dobbiamo capire come tener conto e rispondere a due tipi di problemi. Uno è quello delle liste d'attesa, che è di tutta Italia ma che comunque noi dobbiamo affrontare da noi, perché non ci serve a niente dire che altrove stanno peggio. Le liste d'attesa, quindi, significano una serie di meccanismi, di filtri, di capacità di valutare le effettive necessità per non intasare quelli che sono percorsi difficili e destinati a casi complessi, con casi che invece complessi non sono. L'altro, legato strettamente a questo, è il discorso dell'appropriatezza. Noi ci accorgiamo, oggi, sempre dopo del dato dell'appropriatezza; Dovremmo cominciare a pensare che forse sarebbe bene avere un monitoraggio così avanzato, che ci faccia capire se l'inappropriatezza delle risposte è dovuta anche a carenze di strutture, di organizzazione, di educazione, di rapporti con la medicina di base.

Questi sono i problemi che dobbiamo affrontare in un piano serio, questi sono i pro-

blemi veri. Se affronteremo bene questi problemi riusciremo ad avere una risposta adeguata alle esigenze, tenendo conto che dobbiamo anche farci carico di un certo riequilibrio della risposta, che non significa avere a disposizione tutto ad ogni angolo di strada, significa avere a disposizione quello che serve quando serve. E questo nell'interesse di tutti.

Quindi, quando affronteremo concretamente le previsioni del piano, stiamo bene attenti a non fare e a non scatenare, con pretesti o dietro pretesti, delle contrapposizioni che poi hanno pochissimo di vista le esigenze generali ed hanno moltissimo di vista, invece, i ritorni elettoralistici che non si possono mai cancellare, ma che qualche volta andrebbero pilotati, guidati e coordinati con un minimo di attenzione al bene comune, sia che si sia maggioranza,

sia che si sia minoranza. Questo spero che riusciremo a tenere presente mercoledì, quando cominceremo l'esame di questo atto.

PRESIDENTE. La seduta è tolta.

La seduta termina alle 16,35

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
(DOTT.SSA PAOLA SANTONCINI)

L'ESTENSORE DEL RESOCONTO
(RENATO BONETTI)