

RESOCONTO INTEGRALE

Seduta n. 161 Martedì 24 giugno 2014

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE VITTORIANO SOLAZZI
INDI
PRESIDENZA DELLA VICEPRESIDENTE ROSALBA ORTENZI
INDI
PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE GIACOMO BUGARO

INDICE

Comunicazioni del Presidente	4
Processo verbale	
(<i>approvazione</i>)	
Proposte di legge	
(<i>annuncio</i>)	
Proposte di atto amministrativo	
(<i>annuncio</i>)	
Mozioni	
(<i>annuncio</i>)	
Leggi regionali	
(<i>annuncio</i>)	
Congedi	
(<i>annuncio</i>)	

Comunicazione ai sensi dell'art. 35, VI comma, del R.I.	
Presidente	5
Giulio Natali (CDM)	5
Sull'ordine del giorno	
Presidente	6, 36, 37
Mirco Carloni (PdL-NCD)	6, 37
Giovanni Zinni (CDM)	37
Gianluca Busilacchi (PD)	37
Interrogazione n. 939	
ad iniziativa del Consigliere Giancarli	

“Danni all’agricoltura dovuti alla perdurante siccità”**Interrogazione n. 1046**

ad iniziativa del Consigliere Latini

“Gelo e siccità - danni per l’agricoltura”

(abbinate)

(Rinvio)

Presidente 6

Interrogazione n. 1603

ad iniziativa del Consigliere Acquaroli

“Smaltimento rifiuti agricoli”

(Rinvio)

Presidente 6

Interrogazione n. 1690

ad iniziativa del Consigliere Massi

“Chiarimenti sulla corretta informazione dell’articolo 11, comma 2, della legge 184/1983 a donna madre di minore, all’interno del reparto di Ostetricia dell’Ospedale San Salvatore di Pesaro”

(Svolgimento)

Presidente 6

Almerino Mezzolani (Assessore) 6

Francesco Massi (PdL-NCD) 7

Interrogazione n. 1508

ad iniziativa del Consigliere Eusebi

“Emolumenti dirigenti”

(Svolgimento)

Presidente 8

Almerino Mezzolani (Assessore) 8

Paolo Eusebi (IdV) 9

Interrogazione n. 1556

ad iniziativa del Consigliere Marinelli

“Regolamento di attuazione della legge regionale 5 febbraio 2013, n. 3, concernente: Interventi regionali per il recupero, la restituzione e la donazione ai fini del riutilizzo di medicinali in corso di validità”

(Svolgimento)

Presidente 10

Almerino Mezzolani (Assessore) 10

Erminio Marinelli (plMarche) 11

Interrogazione n. 1382

ad iniziativa del Consigliere Giancarli

“Situazione del Calzaturificio A&G”

(Rinvio)

Presidente 11

Interrogazione n. 1701

ad iniziativa del Consigliere Marinelli

“Polo Ospedaliero di Torrette di Ancona - situazioni di emergenza nei due Reparti di Rianimazione”

(Svolgimento)

Presidente 11

Almerino Mezzolani (Assessore) 11

Erminio Marinelli (plMarche) 12

Interrogazione n. 1645

ad iniziativa del Consigliere Binci

“Quote a carico degli utenti”

(Svolgimento)

Presidente 12

Almerino Mezzolani (Assessore) 12

Massimo Binci (SEL) 14

Interpellanza n. 59

ad iniziativa della Consigliera Foschi

“Centrali biogas autorizzate a Fano”

(Rinvio)

Presidente 15

Interpellanza n. 60

ad iniziativa del Consigliere Marangoni

“Perché nelle Marche il prelievo del sangue venoso costa il 1192% in più del Lazio? Violazione Piano Socio sanitario regionale - Deliberazione Assemblea legislativa n. 38 del 16 dicembre 2011”

(Svolgimento)

Presidente 15

Enzo Marangoni (FI-PdL) 15, 16

Almerino Mezzolani (Assessore) 15

Interpellanza n. 61

ad iniziativa del Consigliere Cardogna

“Deliberazione dell’Assemblea legislativa n. 78 del 16/7/2013 avente ad oggetto: Proposta di legge alle Camere concernente il divieto di prospezione, ricerca e coltivazione di idrocarburi liquidi”

(Rinvio)

Presidente 16

Interpellanza n. 62

ad iniziativa della Consigliera Foschi

“Chiusura struttura privata riabilitativa Fisioacqua di Fano”

(Svolgimento)

Presidente 16

Almerino Mezzolani (Assessore) 17

Elisabetta Foschi (FI-PdL) 18

Relazione n. 24/14

ad iniziativa della V Commissione

“Indirizzi alla Giunta regionale per il governo delle liste di attesa e della mobilità inter-regionale”

(Discussione e approvazione risoluzione)

Presidente 18

Gianluca Busilacchi (PD) 18

Giancarlo D'Anna (Misto) 21

Massimo Binci (SEL) 23

Giovanni Zinni (CDM) 25

Giulio Natali (CDM) 27

Erminio Marinelli (plMarche) 29

Raffaele Bucciarelli (Fed. Sin.)	31	tostradale Fano nord”	
Umberto Trenta (FI-PdL)	32	(Discussione e votazione)	
Valeriano Camela (UdC)	34	Presidente	42
Enzo Giancarli (PD)	35	Enzo Giancarli (PD)	42
Almerino Mezzolani (Assessore)	37		
Giacomo Bugaro (PdL-NCD)	39	Mozione n. 687	
Paolo Eusebi (IdV)	40	ad iniziativa del Consigliere Solazzi	
Mozione n. 684		“Diritti umani e democrazia in Iran”	
ad iniziativa dei Consiglieri Busilacchi, D’Anna,		(Votazione)	
Camela, Comi, Bugaro, Perazzoli, Pieroni, Badiali,		Presidente	42
Eusebi, Foschi, Natali			
“Progetto Parent Training”		Mozione n. 688	
(Votazione)		ad iniziativa del Consigliere Solazzi	
Presidente	41	“Riforma della pubblica amministrazione in	
Mozione n. 605		riferimento alla figura del Segretario comu-	
ad iniziativa del Consigliere Bucciarelli		nale”	
“Connessione tra lavoro notturno e		Mozione n. 691	
neoplasia del seno”		ad iniziativa del Consigliere Zinni	
(Votazione)		“Rivalutazione posizione all’interno della ri-	
Presidente	41	forma della Pubblica Amministrazione dei	
Mozione n. 694		Segretari comunali”	
ad iniziativa del Consigliere Carloni		(abbinate)	
“Autorizzazione realizzazione casello au-		(Approvazione risoluzione)	
		Presidente	42

Segle dei Gruppi assembleari: Partito Democratico (PD); PdL-Nuovocentrodestra (PdL-NCD); Forza Italia - il Popolo della Libertà (FI-PdL); Italia dei Valori (IdV); Unione di Centro (UdC); Gian Mario Spacca Presidente (Presidente Giunta); Partito Socialista Italiano (PSI); Liste Civiche Italia (Lcl); Verdi (Verdi); Federazione della Sinistra/PdC/PRC (Fed. Sin.); Per le Marche (plMarche); Sinistra Ecologia e Libertà (SEL); Lega Nord (LN); Misto (Misto); Centro Destra Marche (CDM); Per l'Italia (PII)

La seduta inizia alle ore 10,35

**Presidenza del Presidente
Vittoriano Solazzi**

Comunicazioni del Presidente

PRESIDENTE. Colleghi buona giornata, dichiaro aperta la seduta n. 161 del 24 giugno 2014. Do per letto il processo verbale della seduta n. 160 del 17 giugno 2014, il quale, ove non vi siano obiezioni, si intende approvato ai sensi dell'art. 29 del Regolamento interno.

Comunico che è stata presentata la seguente **proposta di legge regionale**:

- n. 418 in data 20 giugno, ad iniziativa dei Consiglieri Bucciarelli, Badiali, Bellabarba, Cardogna, Eusebi, Giancarli, Marinelli, Massi, Traversini, Ciriaci, Marconi, concernente: "Disciplina concernente l'abbattimento e l'espianto di alberi d'olivo", assegnata alla III Commissione assembleare in sede referente e trasmessa al Consiglio delle autonomie locali ai sensi dell'art. 11, comma 4, della legge regionale n. 4/2007 e al Consiglio regionale dell'Economia e del Lavoro ai sensi dell'articolo 4, comma 1, lettera c), della legge regionale n. 15/2008 e alla VI Commissione assembleare ai sensi dell'articolo 68, comma 1 bis del Regolamento interno.

Sono state presentate le seguenti proposte di **atto amministrativo**:

- n. 80 in data 18 giugno, ad iniziativa della Giunta regionale, concernente: "Programma di sviluppo rurale della Regione Marche 2014/2020 in attuazione del Reg. UE n. 1305 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 17 dicembre 2013", assegnata alla III Commissione assembleare in sede referente, alla VI Commissione assembleare ai sensi dell'articolo 69 del Regolamento interno, al Consiglio delle Autonomie locali per il parere di cui all'articolo 11, comma 2, lettera c), della legge regionale n. 4/2007 e al Consiglio regionale dell'Economia e del Lavoro per il parere di cui all'articolo 4, comma 1, lettera b) della legge regionale n. 15/2008;
- n. 81 in data 18 giugno, ad iniziativa della Giunta regionale, concernente: "Regolamento 1303/2013 del Consiglio sul Programma operativo regionale delle Marche (POR-Marche) – Fondo sociale europeo (FSE) relativo al periodo 2014/2020", assegnata alla III Commissione assembleare in sede referente, alla VI Commissione assembleare ai sensi dell'articolo 69 del Regolamento Interno, al Consiglio delle Autonomie locali per il parere di cui all'articolo 11, comma 2, lettera c), della legge regionale n. 4/2007 e al Consiglio regionale dell'Economia e del Lavoro per il parere

di cui all'articolo 4, comma 1, lettera b) della legge regionale n. 15/2008 e trasmessa alla I e alla V Commissione assembleare ai sensi dell'articolo 68 del Regolamento interno;

- n. 82 in data 18 giugno, ad iniziativa della Giunta regionale, concernente: "Regolamento 1303/2013 del Consiglio sul Programma operativo regionale delle Marche (POR-Marche) – Fondo europeo di sviluppo regionale (FESR) relativo al periodo 2014-2020", assegnata alla VI Commissione assembleare in sede referente, al Consiglio delle Autonomie locali per il parere di cui all'articolo 11, comma 2, lettera c), della legge regionale n. 4/2007 e al Consiglio regionale dell'Economia e del Lavoro per il parere di cui all'articolo 4, comma 1, lettera b) della legge regionale n. 15/2008 e trasmessa alle Commissioni I, II, III, IV e V ai sensi dell'articolo 68 del Regolamento interno.

Sono state presentate le seguenti **mozioni**:

- n. 693 della Consiglieria Ciriaci "Riconoscimento fibromialgia come patologia cronica";
- n. 694 del Consigliere Carloni "Autorizzazione realizzazione casello autostradale Fano nord".

Il Presidente della Giunta regionale, in data 16 giugno, ha promulgato le seguenti **leggi regionali**:

- n. 12 "Norme per la tutela e la valorizzazione della produzione orto-floro-frutticola e delle piante ornamentali";
- n. 13 "Contributi ai Comuni per il mantenimento degli uffici del Giudice di pace";
- n. 14 "Misure di contenimento della spesa di personale in attuazione del decreto legge 31 maggio 2010 n. 78 convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010 n. 122 e del decreto legge 10 ottobre 2012, n. 174 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 dicembre 2012, n. 213".

Hanno chiesto **congedo** gli Assessori Giannini, Viventi, Malaspina ed il Consigliere Donati.

Comunicazione ai sensi dell'art. 35, VI comma, del R.I.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Natali.

Giulio NATALI. Presidente, mi scusi, quale Consigliere regionale ho chiesto il 19 marzo scorso, alla Direzione amministrativa dell'Asur, una determinata documentazione, la copia di un fascicolo curriculare di un Direttore di Area vasta.

Il 29 maggio mi hanno risposto che il 6 maggio era stato sollecitato l'invio di questo fascicolo dalla persona interessata. Non ne so niente ancora!

Ma la cosa più strana ancora è che l'Asur non sembra in possesso di un fascicolo curriculare di un Direttore di Area vasta. La cosa più preoccupante diventa questa, al di là dei tempi.

Anche perché non so come fa l'Asur a nominare qualcuno Direttore di Area vasta se non ha il fascicolo curriculare.

Lei capisce Presidente, siccome queste cose continuano a verificarsi, io apprezzo molto i suoi interventi, perché so che lei è molto sensibile a questi problemi, però spero che si renda conto che io, con questi interventi prima in Consiglio, faccio qualcosa di più per chiedere dei documenti che mi dovrebbero spettare.

Potrei intraprendere altre vie, ma non mi sembra

PRESIDENTE. Rispetto ai solleciti che ho fatto e di cui le ho inviato in copia, non le è arrivato nulla?

Giulio NATALI. Assolutamente, anzi mi viene detto, Presidente, che l'Asur non è in possesso di fascicoli curriculari!

Qui siamo alla follia!

PRESIDENTE. Qualcosa le è arrivato di sicuro, perché l'hanno mandato in copia anche a me.

Giulio NATALI. Io le sto parlando di una richiesta specifica.

PRESIDENTE. Lei aveva fatto alcune richieste su cui io sono intervenuto.

Giulio NATALI. Inerivano la Commissione d'inchiesta Asteria e altri documenti correlati all'Asur.

Questa è una documentazione correlata al Direttore dell'Area vasta n. 1 dell'Asur Marche. La richiesta risale al 19 marzo, le uniche risposte che ho, dopo solleciti anche telefonici, mi dicono, il 29 maggio, che il 6 maggio l'Avvocato avrebbe sollecitato l'invio di questo fascicolo all'Asur.

Cosa devo fare? Me lo dica lei.

PRESIDENTE. Io posso rifare un tentativo ...

Giulio NATALI. No, vorrei anche una sua ..., che lei evidenziasse il fatto che l'Asur non ha fascicoli curriculari dei Direttori di Area vasta.

PRESIDENTE. Se poi si mette d'accordo con la struttura, facciamo un nuovo sollecito e lo trasmettiamo anche all'Assessore.

(Intervento senza microfono)

Giulio NATALI. Non so più quello che è possibile o non è possibile qui dentro.

PRESIDENTE. Va bene, d'accordo, ci pensiamo noi, nel senso che lei ci dà gli estremi e noi rifacciamo il sollecito e lo mandiamo per conoscenza anche all'Assessore.

Sull'ordine del giorno

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Carloni Cos'è la richiesta di trattazione della mozione n. 694? Già fatto in Conferenza dei Presidenti, viene iscritta al numero 7 ter, credo.

Mirco CARLONI. Grazie Presidente.

Interrogazione n. 939

ad iniziativa del Consigliere Giancarli

“Danni all'agricoltura dovuti alla perdurante siccità”

Interrogazione n. 1046

ad iniziativa del Consigliere Latini

“Gelo e siccità - danni per l'agricoltura”

(abbinate)

(Rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'interrogazione n. 939 del Consigliere Giancarli e l'interrogazione n. 1046 del Consigliere Latini, abbinate. Manca l'Assessore, quindi, non le possiamo trattare.

Interrogazione n. 1603

ad iniziativa del Consigliere Acquaroli

“Smaltimento rifiuti agricoli”

(Rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'interrogazione n. 1603 del Consigliere Acquaroli. Manca l'Assessore, quindi, non la possiamo trattare.

Interrogazione n. 1690

ad iniziativa del Consigliere Massi

“Chiarimenti sulla corretta informazione dell'articolo 11, comma 2, della legge 184/1983 a donna madre di minore, all'interno del reparto di Ostetricia dell'Ospedale San Salvatore di Pesaro”

(Svolgimento)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'interrogazione n. 1690 del Consigliere Massi.

Ha la parola, per la risposta, l'Assessore Mezzolani.

Almerino MEZZOLANI. In riferimento a questa interrogazione - premesso che, come correttamente riportato dall'interrogante, già nelle sentenze della Corte di Ap-

pello di Ancona si evince chiaramente che la puerpera è stata adeguatamente informata circa le opportunità di cui alla legge 184/1983 e che la medesima stante le sue condizioni di istruzione e personali era in grado di comprendere adeguatamente la lingua italiana e di capire il significato delle informazioni che le sono state fornite - si fa presente, sulla base della documentazione agli atti presso l'Azienda Ospedaliera Marche Nord, quanto segue: la comunicazione in merito alla procedura di riconoscimento della neonata, anche relativamente ai tempi, è stata correttamente fornita dalla Ostetricia di Pesaro; la madre, perfettamente in grado di esprimersi in lingua italiana e culturalmente adeguata, ha compreso pienamente quanto comunicato; le informazioni di che trattasi sono state fornite in occasione della visita medica in presenza della coordinatrice ostetrica, di una seconda ostetrica e di una ginecologa, che hanno già dato la loro piena disponibilità a testimoniare in proposito; inoltre il personale del reparto è sempre presente per eventuali informazioni o integrazioni di carattere aggiuntivo.

Quanto al secondo quesito posto in essere dal Consigliere Massi, circa un presunto rifiuto da parte del personale del Reparto di Ostetricia di Pesaro nell'accogliere le richieste della madre di allattare la bambina, si evince che il personale dell'unità operativa di Ostetricia nonché della Pediatria (Patologia Neonatale) non ha mai rifiutato le richieste della madre di allattare la bambina; la puerpera che è stata ospitata per 12 giorni presso la Pediatria di Pesaro non ha mai fatto visita alla neonata e non ha mai dimostrato direttamente o anche indirettamente di voler recedere dalla decisione di non riconoscere la figlia.

PRESIDENTE. Ha la parola, per dichiararsi soddisfatto o meno, il Consigliere Massi.

Francesco MASSI. Assessore, la ringrazio della risposta dettagliata di fronte alla

quale ho da farle una richiesta. Credo che nei passaggi di quella sentenza che sta facendo discutere l'intero Paese e che qui dentro è passata un po' troppo inosservata, che riguarda una decisione del Tribunale dei Minori di Ancona, me ne prendo la responsabilità, assurda e ridicola, lei ha dato una risposta che va a tutelare l'azione del reparto e del personale di Ostetricia dell'Ospedale di Pesaro, però in quella sentenza ci sono dei passaggi in cui questa signora, ex suora, attribuisce la responsabilità della sua scelta al reparto.

Lei ha precisato quello che le hanno riferito, relazione nella quale credo, ma per come è stata formulata, a questo punto, la Regione dovrebbe tutelare l'immagine della struttura, del reparto e del personale e rispondere. Purtroppo non basta la buona fede e la corretta sintesi della sua relazione in risposta alla mia interrogazione, ma le chiedo di valutare se è possibile una querela, perché quello che hanno scritto in quella sentenza, la sentenza è un atto pubblico, è stato fin troppo pubblico, nel senso che la signora giudice nella sentenza ha scritto nomi e cognomi che riguardano anche i minori. Questa è un'infrazione gravissima a quella che è la deontologia della magistratura. Credo ci siano tutti i presupposti per un esposto al Consiglio Superiore della Magistratura.

Le chiedo per la parte in cui è stata coinvolta la Regione, Assessore, di inoltrare una querela perché quello che c'è scritto lì è una questione pesante, molto pesante.

Chiedo alla Regione di tutelare la struttura di fronte ad un'accusa infamante che questa signora ha espresso nei passaggi della sentenza che sono stati poi riportati.

Per quanto riguarda il Tribunale dei Minori di Ancona ed i giudici del Tribunale dei Minori di Ancona ne possiamo anche riparlare.

Chiedo ancora una volta al Tutore dell'infanzia e dell'adolescenza, che finora ha svolto un compito egregio, di continuare ad occuparsi di questa vicenda che, vi assicuro, mostra passaggi inquietanti anche e soprattutto in materia di diritto oltre che di cul-

tura, di tradizione e di rispetto umano, ma soprattutto in materia di diritto, però almeno la Regione faccia la sua parte, querelando, Assessore. Penso che non ci sia nessun'altra possibilità.

Interrogazione n. 1508

ad iniziativa del Consigliere Eusebi

“Emolumenti dirigenti”

(Svolgimento)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'interrogazione n. 1508 del Consigliere Eusebi.

Ha la parola, per la risposta, l'Assessore Mezzolani.

Almerino MEZZOLANI. Il Consigliere Eusebi nella sua interrogazione pone i seguenti quesiti e cioè se corrisponde a verità che si sta procedendo con varie determinate ad integrare il trattamento economico di vari dirigenti della Sanità nella misura del 20% del compenso percepito; se non si ritiene inopportuno elargire il massimo possibile per il “raggiungimento di obiettivi” a dirigenti che non versano certamente in stato di indigenza, in un momento economico così delicato per tanti cittadini marchigiani; tutte le determinate per cui a Dirigenti regionali di tutti i servizi è stata disposta, per il “raggiungimento degli obiettivi” l'integrazione del trattamento economico nella misura massima del 20%.

Partendo dal punto 1 dell'interrogazione bisogna premettere che sia i dirigenti dipendenti del Servizio sanitario regionale che i dirigenti regionali hanno diritto al riconoscimento della retribuzione di risultato, in applicazione della normativa contrattuale vigente e nei limiti della consistenza del fondo contrattuale della retribuzione di risultato e non in una quota pari al 20%.

I contratti collettivi nazionali di lavoro determinano criteri e modalità per il finanziamento di tale trattamento denominato retribuzione di risultato, il quale se non erogato costituisce un'economia obbligatoriamente da distribuire poi nell'anno successivo.

I criteri di attribuzione sono definiti oltre che dal contratto collettivo nazionale di lavoro anche dalla normativa di settore e in particolare dal decreto legislativo n. 150/2009 (cosiddetto Decreto Brunetta) nonché, relativamente alla dirigenza regionale dalla legge regionale n. 22/2010. Sulla base di tali criteri sono definiti i sistemi di valutazione aziendali.

I contratti dei Direttori generali delle Aziende sanitarie ed ospedaliere prevedono, in applicazione dell'articolo 1, comma 5 del Dpcm 13 dicembre 1995 n. 502, che il trattamento economico annuo possa essere integrato di un'ulteriore quota, fino al 20% dello stesso, da corrispondersi ex post, in un'unica soluzione, in relazione ai risultati di gestione conseguiti ed alla realizzazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi stabiliti annualmente dalla Giunta regionale.

La suddetta integrazione è corrisposta in base alla percentuale di raggiungimento degli obiettivi fissati e viene utilizzata per l'efficientamento delle performance manageriali e per il miglioramento del sistema inteso complessivamente.

I Direttori amministrativi e sanitari sono nominati dal Direttore generale, in quanto ricoprono ruoli fiduciari di immediata e diretta collaborazione e sottoscrivono il contratto con lo stesso. In conformità con l'articolo 2, comma 5, del DPCM 502/1995, anche il trattamento annuo dei Direttori amministrativi e sanitari può essere integrato, come da contratto, dell'ulteriore quota fino al 20% del compenso annuo, sulla base dei risultati di gestione ottenuti e della realizzazione degli obiettivi fissati annualmente dal Direttore generale.

I contratti dei Direttori di Area vasta, nominati in applicazione dell'articolo 3 della legge 20 giugno 2003, n. 13 dalla Giunta regionale, su proposta del Direttore generale dell'Asur, prevedono la stessa clausola relativa al trattamento accessorio, la cui erogazione è correlata ai risultati di gestione ottenuti e alla realizzazione degli obiettivi fis-

sati annualmente dal Direttore generale dell'Asur ed è subordinata alla verifica da parte dell'Asur del raggiungimento degli obiettivi stessi.

Sulla base della normativa vigente con deliberazione n. 1500 del 4 novembre 2013, la Giunta regionale ha approvato l'esito finale della valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori generali delle Aziende del Servizio sanitario regionale nell'anno 2011, cui è conseguita l'erogazione del trattamento accessorio dell'anno di riferimento.

Anche i trattamenti accessori dei Direttori di Area vasta sono stati erogati sulla base dei risultati raggiunti nell'anno 2011 con determina del Direttore generale dell'Asur n. 861/2013. Le Direzioni aziendali hanno definito autonomamente le valutazioni dei Direttori amministrativi e sanitari sulla base degli obiettivi specifici che sono stati nel corso dell'anno a loro assegnati.

In merito al punto 3 dell'interrogazione si precisa che l'integrazione della retribuzione fino al 20% del trattamento economico è prevista esclusivamente per le seguenti figure dirigenziali di vertice della Giunta regionale, in applicazione dell'articolo 27 della legge regionale 20 del 15 ottobre 2001:

- Capo di Gabinetto della Giunta regionale;
- Segretario generale della Giunta regionale.

Con decreto n. 391 del 14 agosto 2013 sono state erogate le integrazioni al trattamento economico relativo all'anno 2012 alle figure apicali di vertice sopracitate.

In merito alla non opportunità di erogare detto trattamento, va evidenziato che sicuramente in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati lo stesso non deve essere erogato. Tuttavia, in relazione al verificato raggiungimento di obiettivi, in assenza di una disposizione di legge dello Stato (esiste in materia una competenza legislativa di tipo esclusivo per essere la materia riconducibile a quella dell'ordinamento civile ex articolo 117, comma 1, lettera g della Costituzione) o in assenza di un'espressa rinuncia da parte del soggetto fruitore, non sussisto-

no le condizioni per non procedere alla relativa erogazione.

PRESIDENTE. Ha la parola, per dichiararsi soddisfatto o meno, il Consigliere Eusebi.

Paolo EUSEBI. Grazie Presidente. Ringrazio l'Assessore Mezzolani per la dettagliata spiegazione che mi sarà senz'altro utilissima come motivo di studio. Per esempio, sono curioso di approfondire la parte che, forse ho capito male, prevede che il 20% sia erogato solo a quelle figure. Io ho una determina in mano che non riguarda una di quelle figure, con un incremento, con una concessione del 20%. Studierò, adesso studierò, come sempre.

Il diritto alla retribuzione di risultato, i contratti di lavoro, la normativa di settore definiscono i criteri fino al massimo del 20%, adesso studierò la sua risposta per capire se è obbligatorio che si arrivi al massimo stabilito ed era questo il fine dell'interrogazione.

Ritengo che in un momento così difficile, in cui la politica, i dipendenti regionali, quelli di più basso livello, si sono visti decurtare i buoni pasto di 3 euro, è bene che tutti facciano sacrifici. Come al solito una burocrazia che spesso è infedele ed autoreferenziale ha fatto proprio il messaggio italico: "Dobbiamo fare tutti dei sacrifici meno che io".

L'Assessore ci dice che l'incentivo del 20% è legato al raggiungimento degli obiettivi fissati. Fissati da chi? Qui ognuno si fissa gli obiettivi per giustificare il fatto che viene concesso questo incentivo del 20%.

Tecnicamente la risposta dell'Assessore, ripeto e chiudo, mi sarà utilissima come motivo di studio, ma da un punto di vista "morale" la risposta non mi soddisfa perché qualcuno doveva dire che, in questo momento, era inopportuno che fosse elargito il massimo possibile di premio.

Un piccolo sacrificio, secondo me, l'avrebbero dovuto fare anche i Dirigenti che, veramente, non versano in condizioni di grave disagio.

Interrogazione n. 1556

ad iniziativa del Consigliere Marinelli

“Regolamento di attuazione della legge regionale 5 febbraio 2013, n. 3, concernente: Interventi regionali per il recupero, la restituzione e la donazione ai fini del riutilizzo di medicinali in corso di validità”

(Svolgimento)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'interrogazione n. 1556 del Consigliere Marinelli.

Ha la parola, per la risposta, l'Assessore Mezzolani.

Almerino MEZZOLANI. La legge regionale del 5 febbraio 2013 n. 3, coniuga i temi della solidarietà sociale (più aiuti ai bisognosi), della tutela ambientale (meno rifiuti) e della economicità (produttiva e di contenimento della spesa farmaceutica).

Per la concretizzazione di tali aspetti è fondamentale e indispensabile che sia garantita la sicurezza, per il consumatore finale, a livello di qualità, sicurezza ed efficacia dei farmaci “riutilizzati”.

L'approfondimento di quest'aspetto è una delle cause che ha determinato il ritardo nell'approvazione del regolamento attuativo previsto dalla legge n. 3/2013.

Di fatto la normativa regionale introduce, per i farmaci, una “seconda vita” se così si può dire.

Mentre per la “prima vita” esistono precise e specifiche regole che permettono di tracciare il percorso del farmaco dalla produzione alla consegna e infine all'utilizzo, nel secondo caso sono state evidenziate importanti criticità che necessitano di doverosi approfondimenti.

Le problematiche da approfondire con grande attenzione riguardano in primo luogo la corretta conservazione, da parte del “donatore”, del farmaco, prima che esso sia riutilizzato da altri utenti e l'individuazione delle figure professionali che possono, avvalendosi di specifiche metodologie e prove,

anch'esse da individuare, certificare la corretta conservazione del farmaco.

Un altro aspetto fondamentale è rappresentato dalla gestione del “codice tracciatura” della singola confezione di un farmaco.

Con l'introduzione della ricetta dematerializzata, attualmente in fase attuativa, il “codice tracciatura” permetterà al Ministero delle finanze e al Ministero della salute di controllare in maniera dettagliata tutta la filiera del farmaco impedendo che i farmaci vengano reimmessi nel ciclo distributivo.

Inoltre sono in fase di definizione altre azioni volte al miglioramento del sistema, la prima è la difformità organizzativa esistente sul territorio regionale; la seconda una rete collaborativa/organizzativa che ha il compito di raccogliere i farmaci e di controllare e stoccare i farmaci stessi.

La parte operativa si può concretizzare solo grazie alla disponibilità e alla collaborazione di diverse categorie professionali.

Nello specifico sarà indispensabile determinare se le risorse (umane, tecnologiche e organizzative) che il sistema dovrà impegnare siano superiori a quelle effettivamente recuperate.

Le possibili scelte operative consistono:

1. nell'assegnare la gestione “del recupero, la restituzione e la donazione ai fini del riutilizzo di medicinali in corso di validità” a enti esterni, determinando la necessità di impegnare risorse economiche ad hoc;
2. nell'utilizzare le risorse del Servizio sanitario regionale, determinando la ricaduta delle attività sul personale che svolge l'attività di monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche, rischiando così, di compromettere l'obiettivo primario di contenimento della spesa farmaceutica intesa complessivamente.

Una proposta di regolamento è comunque in corso di elaborazione e sarà inviata all'Azienda sanitaria unica regionale, così come previsto dall'articolo 2 della legge n. 3/2013, per le valutazioni del caso, anche in considerazione del fatto che l'Asur rappre-

senta l'ente che dovrà gestire, attuare e vigilare sulla corretta applicazione della legge.

PRESIDENTE. Ha la parola, per dichiararsi soddisfatto o meno, il Consigliere Marinelli.

Erminio MARINELLI. Grazie Presidente. La mia è una risposta molto semplice perché le avevo chiesto, Assessore, come mai di questo ritardo. Questa legge è entrata in vigore nel febbraio 2013, sono 16 mesi, non è possibile che servano 16 mesi per preparare un regolamento.

Le cose che lei ha detto sono giuste, ma nel momento in cui questa legge è stata votata all'unanimità dall'Aula si vedeva la possibilità di ottenere un certo risultato attraverso il recupero, l'istituzione, la donazione.

Si fa tutto questo parlare, è un modo molto semplice perché non c'è la volontà di applicarla. Non è possibile che a distanza di tanto tempo non ci sia una proposta di regolamento. Questo regolamento non è stato visto dalla Commissione competente e non si sa neanche quando verrà in Aula.

E' una precisa volontà! Molto probabilmente non c'è interesse.

Le posso garantire, Assessore, che su questa legge l'interesse era stato enorme, anche fuori regione, perché in una fase di difficile attuazione di tante normative, il recupero farmaceutico, di un determinato settore, era possibile con oculatezza, intelligenza e capacità.

Non c'è volontà di venire incontro all'applicazione di questa legge. Questa è la risposta. Mi aspettavo in maniera molto franca che lei dicesse questo, l'avrei accettato meglio che non una risposta filosofica, concetti che condivido, ma che non danno nessuna risposta e nessuna prospettiva di risoluzione nel breve termine.

Interrogazione n. 1382

ad iniziativa del Consigliere Giancarli
“Situazione del Calzaturificio A&G”
(Rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'interrogazione n. 1382 del Consigliere Giancarli, mancano gli Assessori Giannini e Luchetti, quindi, non la possiamo trattare.

Interrogazione n. 1701

ad iniziativa del Consigliere Marinelli

“Polo Ospedaliero di Torrette di Ancona - situazioni di emergenza nei due Reparti di Rianimazione”

(Svolgimento)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'interrogazione n. 1701 del Consigliere Marinelli.

Ha la parola, per la risposta, l'Assessore Mezzolani.

Almerino MEZZOLANI. In riferimento a questa interrogazione va detto che all'interno dell'Azienda di Torrette di Ancona sono attivi 27 posti letto di terapia intensiva generale cui si sommano i 14 posti letto specifici per la cardiocirurgia ed i 6 posti letto specifici per la pediatria raggiungendo, quindi, un totale di 47 posti letto.

Nella regione, distribuiti nei Presidi Unici di Area Vasta e nelle restanti Aziende del sistema sanitario regionale, sono attivi altri 64 posti letto per un totale complessivo regionale di 111 posti letto di rianimazione.

Il numero dei posti letto risulta adeguato ai bisogni assistenziali regionali in coerenza con quelli che sono gli standard assistenziali esistenti a livello nazionale e con le deliberazioni di Giunta n. 735/2013 e n. 1345 dello stesso anno.

L'aumento del tasso di occupazione che si registra, soprattutto nei fine settimana, è dovuto spesso ad un by pass delle varie strutture ospedaliere territoriali con una conseguente eccessiva centralizzazione anche di pazienti non complessi che potrebbero beneficiare delle risorse territoriali. A questo si aggiunge la difficile delocalizzazione dei pazienti complessi presso le strutture territoriali, una volta stabilizzati nel nosocomio di Torrette, talvolta anche per volontà espressa dei pazienti o dei loro familiari.

Per ovviare a tale situazione, è stato dato mandato di procedere, nell'ambito delle reti cliniche, il cui lavoro si concluderà a fine mese, ad uno specifico tavolo sulla terapia intensiva che ha predisposto i criteri e le modalità di centralizzazione e delocalizzazione dei pazienti e che sono in corso di definizione finale.

Questo nuovo modello sarà monitorato costantemente e pertanto, non si ritiene necessario, al momento, attivare ulteriori soluzioni aggiuntive, né tanto meno nuovi posti letto, il cui numero è determinato come ben si sa da disposizioni di carattere nazionali e da direttive di conseguenza di carattere regionale.

**Presidenza della Vicepresidente
Rosalba Ortenzi**

PRESIDENTE. Ha la parola, per dichiararsi soddisfatto o meno, il Consigliere Marinelli.

Erminio MARINELLI. Grazie Presidente. Assessore io non ce l'ho con lei. Essendo un medico sono problematiche molto specifiche e chiaramente la risposta deve essere tecnica. Le mie interrogazioni sono queste, altrimenti andremo nel campo della filosofia.

E' assurdo che pur essendo rispettato lo standard a livello regionale i posti letto mancano. Non lo dico io, lo dicono i pazienti che sono parcheggiati dopo le operazioni: "Scoppia l'emergenza posti letto a Torrette, mancano i posti letto, la rabbia delle famiglie", sarà pure rispettato lo standard, ma la situazione è che c'è un sovraffollamento, tenendo conto che l'Ospedale di Torrette rappresenta un punto di eccellenza per la patologia acuta a livello regionale. D'altronde era questo l'intendimento della Regione Marche, della Giunta.

E' assurdo che in un polo ospedaliero come Torrette, considerato un'eccellenza regionale e unico Dea di secondo livello in tutta la regione, si verifichino queste situazioni.

Sentir dire che ci sarà un tavolo di lavoro, un approfondimento e si cercherà di monitorare, è una risposta incompleta e insufficiente anche perché chiedevo se erano presenti dei reparti semi intensivi, non ho capito se ci sono, credo di no, e se non ci sono perché non vengono realizzati per filtrare l'accesso dei pazienti dopo l'intervento acuto nella rianimazione?

E' un modo per filtrare, per impedire quello che è avvenuto nei primi 5 mesi del 2014, quando nel 50% delle giornate sono stati completamente occupati i posti letto della rianimazione.

Credo che i tavoli di lavoro servano, Assessore, solo per fare la fortuna dei falegnami. I falegnami sono contenti di questi tavoli di lavoro, i pazienti e le famiglie un po' meno.

Interrogazione n. 1645

ad iniziativa del Consigliere Binci

"Quote a carico degli utenti"

(Svolgimento)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'interrogazione n. 1645 del Consigliere Binci.

Ha la parola, per la risposta, l'Assessore Mezzolani.

Almerino MEZZOLANI. E' una interrogazione divisa in più punti, tre per l'esattezza.

Al punto 1 il dato quantitativo della riduzione delle rette a carico degli utenti per l'anno 2013 non è ancora disponibile perché solo il 13 dicembre 2013 - questa, Consigliere Binci, è una interrogazione datata - a seguito della sottoscrizione del verbale d'intesa con le Organizzazioni sindacali Cgil, Cisl e Uil «sulle politiche di bilancio 2014 a sostegno del lavoro e della coesione sociale», recepito con deliberazione di Giunta regionale n. 217/2014, si è deciso di dare seguito alle indicazioni riportate nell'Accordo sul percorso di riallineamento delle tariffe delle residenze protette alla normativa vigente (2010-2013)" sottoscritto con le organizzazioni sindacali il 2 agosto 2010 e recepito lo stesso giorno

con atto di Giunta n. 1230, modificandone però la tempistica. Infatti la conclusione del percorso di riallineamento veniva prolungato di un anno stabilendo che venissero assicurati 3.000.000 di euro per l'anno 2013 e 4.500.000 di euro per l'anno 2014, "al fine di procedere agli adempimenti necessari per garantire la compartecipazione sanitaria alle rette per accedere alle Residenze protette per anziani".

Sono quindi in corso tutte le procedure di convenzionamento per il biennio 2013-2014 da parte dell'Asur che utilizzerà lo stesso modello approvato con deliberazione di Giunta regionale n. 1729/2010 ad esclusione dell'allegato A.1 confermando per l'anno 2014 la tariffa giornaliera di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 1729/2010 a fronte dei requisiti assistenziali di cui al regolamento regionale 1/2004 e della legge regionale 20/2002. Solo a conclusione di tale percorso l'Asur sarà nelle condizioni di comunicare esattamente il dato quantitativo richiesto relativo alla riduzione delle rette a carico degli utenti per l'anno 2013.

Per quanto riguarda i punti 2 e 3 occorre riepilogare un po' la situazione come si è sviluppata dal 2006 ad oggi.

La quota aggiuntiva del 25% dei 33,00 euro (fino a 41,25 euro) veniva prevista all'art. 18 della deliberazione di Giunta regionale n. 704/2006 con la quale veniva approvato il "modello di convenzione per Residenze protette o nuclei di assistenza protetta in case di riposo e dei criteri tariffari in RSA" il quale prevedeva che "rispetto alla retta giornaliera si permette una variazione contenuta in +/- 25% in relazione, alla qualità dei servizi alberghieri erogati e ad eventuali, specificate e concordate, specificità di carattere locali".

Tale indicazione viene ripresa nella deliberazione di Giunta regionale n. 1230/2010 relativa allo "schema di accordo sui percorsi di allineamento delle tariffe delle residenze protette alla normativa vigente" sottoscritto con le Organizzazioni sindacali Cgil, Cisl e Uil, il 2 agosto 2010, articolando il percorso

di riallineamento tenendo conto delle tre classi di quota di compartecipazione del cittadino e cioè:

- a. strutture con quota di partecipazione del cittadino fino a 33 euro;
- b. strutture con quota di partecipazione del cittadino da 33 euro a 41,25 euro;
- c. strutture con quota di partecipazione del cittadino superiore a 41,25 euro, concordando però, in quest'ultimo caso, in fase di stipula della convenzione, le modalità con cui graduare il rientro nel tetto di 33 euro, fatte salve eventuali indicazioni regionali su prestazioni aggiuntive fuori tariffa, comunque entro il tempo di riallineamento previsto.

Con l'approvazione del modello di convenzione tra Asur e residenze protette per anziani, successivo all'accordo del 2 agosto 2009, avvenuto con deliberazione di Giunta regionale n. 1729/2010, l'indicazione del possibile incremento della tariffa del +/- 25% è stata sostituita con l'inserimento nello schema, dell'allegato A.2 con il quale si prevede la possibilità di "Prestazioni aggiuntive, in quanto costituiscono intervento esclusivo di miglioramento del confort alberghiero" concedibili a "particolari condizioni" poi indicate con note e atti successivi:

1. devono essere erogate, e quindi contabilizzate, solo su richiesta formale dell'utente trattandosi di interventi esclusivi di miglioramento del confort alberghiero o di prestazioni fuori dai requisiti di accreditamento (secondo quello che è il decreto del Direttore del Dipartimento per la salute e per i servizi sociali n. 19/2012), prestazioni che sono quelle che non rientrano nella tabella delle Prestazioni assistenziali inserita nell'art. 14 della Convenzione;
2. non devono superare un incremento del 50% della quota di partecipazione a carico del cittadino per l'anno corrente (anche questo previsto dalla nota del Direttore del Dipartimento per la salute e per i servizi sociali al Direttore Asur del 23 febbraio 2011).

PRESIDENTE. Ha la parola, per dichiararsi soddisfatto o meno, il Consigliere Binci.

Massimo BINCI. Premetto che non sono soddisfatto della risposta dell'Assessore perché dimostra una cosa, che non si è ancora affrontato il governo delle residenze protette, delle case di riposo e delle Rsa.

Rispetto al dato quantitativo, cioè l'impegno della Regione di aumentare il minutaggio inserendo 3 milioni di euro per il 2013 e 4 milioni e cinquecentomila di euro per il 2014, manca quanto questo abbia inciso sulla diminuzione delle rette per gli utenti. L'unica cosa certa è che potrebbe anche essere stato un contributo di 3 milioni di euro alle residenze da parte della Regione senza nessun beneficio per gli utenti.

In merito alla seconda questione: a quali condizioni e come viene regolamentato il possibile aumento del 25%, l'Assessore ha elencato le classi di compartecipazione delle quote da parte degli utenti. Per la classe c), quella che dai 41 euro può arrivare fino a 60, la certificazione delle prestazioni dovrebbe essere elencata in un allegato della Regione. Non è possibile salvarsi l'anima dicendo che vengono erogate solo su richiesta formale dell'utente, cioè la Regione se ne lava le mani e dice: "Se qualcuno paga 60 euro è per le prestazioni accessorie che ha accettato di ricevere o ha richiesto di ricevere". Allora noi non sappiamo che i nostri anziani o le persone in difficoltà vanno presso le case di riposo, presso le residenze protette, che non hanno posti sufficienti rispetto alla domanda. Non si tiene conto che siamo in una situazione in cui la domanda è superiore all'offerta e chi è in difficoltà, e non può essere seguito a casa, va presso una casa di riposo o una residenza protetta o una Rsa e quando chiede di essere accolto, si sente dire: "C'è solo il posto a 60 euro, firma qui". Chi non ne può fare a meno, chi non è in grado di gestire una persona a casa deve semplicemente firmare e in quel caso non è una firma consapevole, è una firma obbligata.

Cosa c'è da fare? Prima di tutto coprire gli oltre 1.500 posti che mancano rispetto alla richiesta di residenzialità in questi servizi socio sanitari e coprire con le convenzioni regionali tutte le richieste dei cittadini marchigiani che vanno presso le residenze protette o le residenze sanitarie.

Questo è quello che c'è da fare. Poi regolamentare le modalità con cui si possono dare servizi aggiuntivi. Ci deve essere una reale possibilità per l'utente di scegliere tra avere un servizio fino a 40 euro oppure avere la pedicure, la visita dello psicologo, servizi che poi neanche vengono dati. Sono messi solamente lì per aumentare la retta agli utenti obbligati a pagare se vogliono un posto.

L'altra questione ancora più importante da risolvere, ed è uno dei motivi per cui la sanità marchigiana è tra le meno trasparenti, è che non ci sono le liste di attesa.

Nel momento in cui non ci sono le liste di attesa trasparenti, un cittadino deve, se ha una persona anziana che non riesce a gestire e che deve assolutamente appoggiare presso una Rsa, andare direttamente presso la residenza protetta o presso la Rsa e, quindi, la funzione che nella legge è prevista: l'unità di valutazione, spesso è inutile perché l'unità di valutazione funziona solo per i posti convenzionati e i posti convenzionati non sono sufficienti al bisogno.

Bisogna aumentare questa capacità, aumentare la convenzione, rendere trasparenti e pubbliche le liste d'attesa perché questo dice la legge sulla trasparenza. E' una legge dello Stato e questo è necessario anche per i nostri ospedali, dopo affronteremo la questione delle liste d'attesa, ma l'uovo di Colombo delle liste d'attesa è che le liste d'attesa devono essere pubbliche, allora si vede dove si fermano, chi le fa fermare e chi viene favorito dal fatto che ci siano le liste d'attesa.

PRESIDENTE. Si era deciso, mi sembra, che dopo le interrogazioni avremmo continuato con le interpellanze.

Interpellanza n. 59

ad iniziativa della Consigliera Foschi
“Centrali biogas autorizzate a Fano”
(Rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'interpellanza n. 59 della Consigliera Foschi, Manca l'Assessore, quindi, non la possiamo trattare.

Interpellanza n. 60

ad iniziativa del Consigliere Marangoni
“Perché nelle Marche il prelievo del sangue venoso costa il 1192% in più del Lazio? Violazione Piano Socio sanitario regionale - Deliberazione Assemblea legislativa n. 38 del 16 dicembre 2011”
(Svolgimento)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'interpellanza n. 60 ad iniziativa del Consigliere Marangoni. Ha la parola per illustrarla.

Enzo MARANGONI. Grazie Presidente. Mi rivolgo all'Assessore alla Sanità e, sulla base dei dati fornitici dall'Agenzia nazionale per Servizi sanitari regionali, (Agenas) pubblicati su un diffuso quotidiano nazionale, chiedo notizia di questo spreco.

Come mai nelle Marche il prelievo del sangue venoso costa molto di più rispetto alla media delle altre Regioni? Facendo riferimento alla Regione dove costa meno, che è la Regione Lazio, un prelievo del sangue costa solo 52 centesimi, nelle Marche costa il 6,20 euro ed è il prezzo più alto, il costo più alto di tutta Italia. Costa, quindi, quasi il 1.200% in più rispetto alla Regione Lazio. 52 centesimi nel Lazio, nelle altre Regioni costa da 2 euro ad un massimo di 3,22, quindi abbiamo una tariffa più che doppia rispetto alla media delle altre Regioni. 1.200% in più rispetto al Lazio.

Sembra poco perché parliamo di pochi euro, ma dobbiamo moltiplicare il prelievo venoso per milioni di prelievi venosi che vengono fatti nella regione, perché ci sono persone che per ragioni di salute sono costrette

a farlo anche una volta alla settimana, una volta ogni 15 giorni.

C'è una differenziazione della tariffa che non si spiega.

Questo è l'obiettivo, quindi, chiedo le motivazioni di questo eccesso di spesa paragonato alla media delle altre Regioni, ed anche a quanto ammonta il costo del prelievo venoso totale complessivo annuo, ogni anno, magari gli ultimi tre anni.

Chiedo come si pensa di fare, di riprogrammare, affinché il prelievo venoso abbia un costo paragonabile più o meno a quello delle altre Regioni, non dico l'eccellenza laziale, ma almeno tra i 2 ed i 3 euro che sono un po' la media delle altre Regioni.

Questo è il senso dell'interpellanza.

PRESIDENTE. Ha la parola, per la risposta, l'Assessore Mezzolani.

Almerino MEZZOLANI. Il tariffario regionale delle prestazioni di specialistica di laboratorio analisi è stato approvato dalla nostra Regione negli anni 2003 e 2004 con due distinte deliberazioni di Giunta, una riferita all'anno 2003, l'altra la n. 1552 dell'anno 2004.

La definizione delle tariffe delle prestazioni di laboratorio, complessivamente intese, venne eseguita in base al rilievo dei costi medi delle prestazioni.

A tale tariffario si giunse a seguito del lavoro di un gruppo che allora fu appositamente costituito con la partecipazione dei direttori dei laboratori analisi delle Aziende sanitarie regionali, l'Agenzia regionale Sanitaria attraverso il coordinamento del Dipartimento dei Servizi alla persona e alla comunità. Inoltre vennero coinvolte le Associazioni di categoria della laboratoristica privata (Anisap, Asarm, Aiop, Aris, Snabilp, Federbiologi).

Le modalità di costruzione del tariffario vengono ben dettagliate nel documento istruttorio della deliberazione e nell'allegato 1 alla stessa precisando che per la determinazione delle tariffe si dovette procedere alla

rilevazione dei costi sia delle strutture pubbliche che di quelle private. I costi delle strutture pubbliche erano oggetto di specifica rilevazione nell'ambito del programma Costilab, cui la Regione partecipava assieme ad altre Regioni, come la Toscana e l'Umbria, mentre per i costi dei laboratori privati venne fatta apposita richiesta alle associazioni di categoria.

Relativamente ai costi reali delle singole prestazioni di laboratorio deve essere aggiunto che i miglioramenti organizzativi consentiti dall'automazione nel corso di questi ultimi anni, se da un lato possono aver ridotto i costi degli esami di laboratorio, dall'altro possono influire poco su prestazioni prettamente manuali eseguite da parte di operatori addetti, come nel caso dei prelievi.

Il prelievo infatti risulta una procedura manuale che richiede l'impegno diretto dell'operatore e, quindi, il costo del personale è un elemento determinante, oltre al costo per i dispositivi da utilizzare. Tale considerazione è avvalorata anche da analisi svolte da altre Regioni che hanno valutato dettagliatamente i costi delle prestazioni di laboratorio evidenziando come il costo medio del prelievo risulti di molto sottostimato rispetto ai diversi tariffari regionali. In ogni caso va precisato che la Regione Marche ha in fase di elaborazione un nuovo tariffario e che, naturalmente, in tempi brevi, provvederà ad aggiornare quello che allora fu fatto e che derivò dal lavoro che ho descritto del 2004.

Di seguito si riportano anche i dati riferiti al numero delle prestazioni di prelievo venoso ed all'importo complessivo in termini di tariffa, così come è richiesto, e sono dati relativi agli anni disponibili dal 2010 al 2012 per quanto riguarda le prestazioni in sede Asur, cioè il prelievo del sangue venoso erogato da tale struttura in questo triennio:

- nel 2010, il numero di prestazioni fu di 1.621.648 per un importo complessivo di 10.032.424 euro;
- nel 2011 si abbassarono il numero delle prestazioni e furono 1.564.457 per un importo complessivo 9.681.509 euro;

- nel 2012 ci fu un'ulteriore riduzione delle prestazioni e furono 1.551.088 per un importo complessivo di 9.601.016 euro.

PRESIDENTE. Ha la parola, per dichiararsi soddisfatto o meno, il Consigliere Marangoni.

Enzo MARANGONI. Va bene. Assessore, se mi dà la copia, soprattutto per gli aspetti numerici che sono di difficile memorizzazione, diciamo che mi ritengo parzialmente soddisfatto perché ho fatto sei domande nell'interpellanza, mi è arrivata risposta precisa solo alla seconda, cioè all'ammontare economico. Alle altre non c'è stata risposta, soprattutto le motivazioni non convincono perché sostanzialmente ha detto che il costo dipende soprattutto dalla manualità, dal costo del lavoro, ma il costo del lavoro vale per la Regione Marche, ma per tutte le altre Regioni, quindi, questa non è una motivazione.

Va bene, comunque leggerò il dettaglio. Grazie.

Interpellanza n. 61

ad iniziativa del Consigliere Cardogna
“Deliberazione dell'Assemblea legislativa n. 78 del 16/7/2013 avente ad oggetto: Proposta di legge alle Camere concernente il divieto di prospezione, ricerca e coltivazione di idrocarburi liquidi”
(Rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'interpellanza n. 61 del Consigliere Cardogna, essendo assente l'Assessore Malaspina non è il caso di discuterla.

Interpellanza n. 62

ad iniziativa della Consigliera Foschi
“Chiusura struttura privata riabilitativa Fisiacqua di Fano”
(Svolgimento)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'interpellanza n. 62 della Consigliera Foschi.

Ha parola, per la risposta, l'Assessore Mezzolani.

Almerino MEZZOLANI. Qui ci sono alcuni punti da precisare, intanto ripercorro un po' la vicenda:

1. in data 23 dicembre 2002 il Comune di Fano rilasciava al "Centro Fioacqua" della Piccola Cooperativa Sociale a r.l. - situata nel Comune di Fano - l'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria per l'erogazione di prestazioni di recupero e rieducazione funzionale in regime ambulatoriale;

2. con Decreto del Dirigente del Servizio regionale di assistenza ospedaliera del 12 gennaio 2005, veniva accreditata la struttura sanitaria denominata "Centro Fioacqua" della Piccola Cooperativa Sociale a r.l. - situata nel Comune di Fano - per l'erogazione di prestazioni di recupero e rieducazione funzionale in regime ambulatoriale;

3. Con nota del 3 agosto 2010, inviata all'Asur - Zona territoriale n. 3 - Dipartimento di Prevenzione, alla Coop. Sociale Fioacqua di Fano e per conoscenza alla Regione Marche, il Direttore del Settore servizi economici - UO Commercio - del Comune di Fano facendo riferimento al contenuto della nota del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione della Zona territoriale n. 3 di Fano, trasmetteva la seguente documentazione:

a) "autorizzazione n. 730 del 23 dicembre 2002 con l'annotazione della seguente prescrizione: la vasca presente nella struttura per usi terapeutici deve avere i requisiti morfologici e funzionali nonché dotazioni specifiche per l'esercizio esclusivo di attività riabilitative e rieducative sotto il controllo sanitario;

b) manuale di gestione e autocontrollo, integrato da prescrizioni del Dirigente medico del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione della Zona territoriale n. 3 di Fano, sottoscritto dal legale rappresentante e dal Direttore Sanitario della struttura;

c) Dichiarazione di impegno di Fioacqua Coop. Sociale a sostituire le pannellature danneggiate, i filtri dei termoconvettori per il riscaldamento ambientale dei locali entro il 31 agosto 2010 ";

4. Con nota protocollo n. 543 del 7 marzo 2011 il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione della Zona territoriale n. 3 di Fano comunicava al Comune di Fano gli esiti di un sopralluogo e attività di vigilanza mediante prelievi dell'acqua in uso presso la piscina della Coop. Sociale Fioacqua sita in via Silvio Pellico 4 a Fano, autorizzata ai sensi della Legge regionale n. 20/2000. In data 7 marzo 2011 perveniva al suddetto Servizio di Igiene il relativo referto analitico da parte del Dipartimento provinciale Arpam di Pesaro - Servizio Acque - dal quale risultava che i valori relativi ai conteggi di colonie su agar a 36° e 22° dell'acqua di immissione dopo i filtri, nonché i valori relativi alla sostanza organica sia nell'acqua di immissione che nell'acqua in vasca, superavano i limiti previsti dalla tabella della norma di cui all'Accordo Stato-Regioni sugli aspetti igienico-sanitari per la costruzione, la manutenzione e la vigilanza delle piscine ad uso natatorio. A giudizio del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione della Zona territoriale n. 3 di Fano, il superamento dei limiti del citato Accordo, non garantiva i necessari requisiti igienico-sanitari dell'acqua in vasca;

5. In data 7 marzo 2011, con propria Ordinanza n. 16, il Sindaco del Comune di Fano, sulla scorta anche di quanto proposto dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, sospendeva a scopo cautelativo l'uso e l'attività in vasca-piscina della struttura sanitaria Fioacqua "fino a quando non saranno ripristinati i corretti valori dell'acqua sia in vasca che in immissione ";

6. Le azioni da porre in essere per rendere in futuro fruibile la struttura sanitaria di cui si tratta, sono poste in capo alla stessa Fioacqua;

7. Riguardo infine alla presenza di altre strutture riabilitative in acqua, si segnala nel territorio provinciale di Pesaro-Urbino, la Serenity House di Monte Grimano, struttura sanitaria autorizzata per erogazione di prestazioni ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione, dotata di piscina riscaldata.

PRESIDENTE. Ha la parola, per dichiararsi soddisfatto o meno, la Consiglieria Foschi.

Elisabetta FOSCHI. Sottolineo, come troppo spesso accade, il ritardo con cui si provvede a rispondere a questa interpellanza che faceva riferimento ad una possibile chiusura di una struttura come quella di Fisioacqua, era il mese di febbraio, oggi siamo a fine giugno, la struttura ha chiuso pur rappresentando un servizio importantissimo per una serie di persone.

Non era una piscina comune, era una piscina utilizzata da persone con problemi sia di riabilitazione che affette per esempio da Sla. Persone che indubbiamente fanno e faranno molta fatica a recarsi fino al Monte Grimano per poter trovare un'alternativa all'impianto chiuso.

E' assolutamente impensabile che da Fano persone con disabilità o comunque affette da problemi possano recarsi a Monte Grimano, sia per la lontananza del posto che per la viabilità che caratterizza la nostra provincia.

Non mi ritengo affatto soddisfatta nel sentir dire che chiusa la struttura di Fano c'è comunque quella di Monte Grimano.

Chiusa la struttura di Fano ci sono molti malati, molte persone affette da disabilità che sono nell'impossibilità di usufruire di un servizio che per il loro particolare caso è molto utile e che portava vantaggi notevoli.

Penso che la questione del superamento di alcuni limiti dovesse essere affrontata in maniera differente, con maggior attenzione anche da parte della Regione, consapevole che quello era un servizio insostituibile. Oltre a limitarsi a far sondaggi e a chiedere di

correggere, penso ci potesse essere un'attenzione maggiore.

Dire che l'alternativa è andare a Monte Grimano mi sembra del tutto inaccettabile.

Relazione n. 24/14

ad iniziativa della V Commissione

“Indirizzi alla Giunta regionale per il governo delle liste di attesa e della mobilità interregionale”

(Discussione e approvazione risoluzione)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la Relazione n. 24/14 della V Commissione su indirizzi alla Giunta regionale per il governo delle liste di attesa e della mobilità interregionale.

Ha la parola il relatore di maggioranza Consigliere Busilacchi.

Presidenza del Vicepresidente Giacomo Bugaro

Gianluca BUSILACCHI. Grazie. Noi oggi portiamo in Aula, in discussione, il primo dei dossier che la V Commissione ha deciso di istituire alcuni mesi or sono. Mi pare utile una piccola puntualizzazione, anche per i colleghi che non fanno parte della V Commissione, per indicare in che cosa consiste questa nuova formulazione del nostro lavoro, questo nuovo metodo. Unitamente alle proposte di legge ed ai pareri che stiamo continuando ad analizzare che ovviamente arrivano in Commissione, si è deciso, direi quasi unanimemente, se non ricordo male, in una seduta di alcuni mesi or sono, di istituire alcuni dossier, alcuni momenti di approfondimento, in cui l'emanazione dell'Assemblea legislativa che si occupa di sanità, la Commissione salute, possa dire la propria e portare in Aula alcune linee di indirizzo rispetto ad alcune questioni che riguardano la sanità regionale e che sono oggi ritenute più strategiche dai Commissari.

Il primo tema era appunto quello delle liste d'attesa e della mobilità passiva.

Questo tema, come tutti sapete, è molto avvertito dai cittadini, un tema di primaria importanza perché assicurare al cittadino prestazioni adeguate, nei tempi adeguati è ovviamente un impegno e a questo proposito sono previste anche leggi nazionali.

Che cosa succede non nelle Marche, non in Italia, ma in tutta Europa? A livello internazionale emerge un problema di inadeguatezza tra l'incontro della domanda e dell'offerta sanitaria che comporta questi tempi di attesa. E' un tema noto, è un tema complesso, che non si risolve in modo semplice, che ha bisogno di molteplici risposte, principalmente centrate sull'appropriatezza. Si potrebbe pensare che un adeguamento dell'offerta, un incremento dell'offerta, potrebbe essere direttamente proporzionale ad una risoluzione del problema. Non è così! Non è così, perché questo è un settore in cui spesso, haimè, si è dimostrato, la letteratura ha dimostrato, che l'offerta può persino generare la domanda, può persino accadere che superata una certa soglia, un aumento ulteriore della diagnostica possa comportare un aumento della domanda. Questo ovviamente non vuol dire che bisogna depotenziare l'offerta, anzi, adesso dirò meglio, però è un tema particolarmente complesso.

L'appropriatezza sia della domanda che dell'offerta è il tema centrale. Su questo si è espresso anche lo Stato. La Conferenza Stato-Regioni, l'11 novembre 2010, ha approvato il piano nazionale di governo delle liste d'attesa per il triennio 2010-2012, è un atto scaduto, ma è l'ultimo atto che noi abbiamo a livello nazionale al riguardo.

Quali sono le determinanti fondamentali che noi abbiamo visto in Commissione? Tra l'altro ci tengo a ringraziare in questa sede il lavoro degli uffici che è stato veramente solerte, tutti gli uffici, sia quelli del Consiglio che quelli della Giunta che hanno relazionato, ci hanno offerto dei dati, anche dei dati aggiornati.

Quali sono da queste relazioni, da questi incontri, le principali determinanti?

La prima è quella che riguarda il governo della crescente domanda di prestazioni, la seconda è quella che riguarda il governo di offerta di assistenza e la terza è quella che riguarda i sistemi di prenotazione, quindi, il tema delle liste d'attesa può essere sotto diviso in questi tre aspetti.

Mentre il dossier era già in itinere, abbiamo deciso di legare questo tema ad un altro tema importante che riguarda l'offerta ed è quello della mobilità passiva. Voi sapete che le prestazioni dei cittadini marchigiani che vengono effettuate fuori regione sono pagate, alle altre Regioni, dal sistema sanitario regionale. Questa mobilità passiva, questa fuoriuscita delle prestazioni dai nostri confini regionali, determina per noi un doppio svantaggio; primo: il fatto che non riusciamo a soddisfare all'interno della nostra regione una prestazione la più prossima vicina, la più vicina possibile ai cittadini marchigiani, secondo: questo per noi è un costo vivo per tutta la comunità.

Legare i due temi, legare il tema del governo della mobilità passiva ad una riduzione dei tempi d'attesa c'è parso il sistema più utile.

Devo dire che in questi anni è stata messa in atto un'importante linea di indirizzo della Giunta per il contenimento della mobilità passiva.

Gli ultimi dati parlano di una mobilità passiva intorno ai 140 milioni di euro, a fronte di una mobilità attiva di 102 milioni, quindi, abbiamo un saldo negativo per la nostra regione, totale, complessivo, di circa 38 milioni di euro. Ancora di più deve essere fatto, e adesso dirò come, perché nella nostra risoluzione sono indicate anche alcune soluzioni operative.

Quali sono, su questi tre aspetti, le sotto cause principali che abbiamo identificato da vari punti di vista?

Dal punto di vista dell'eccesso di domanda, noi oggi abbiamo molta richiesta di prestazioni e un crescente trend di prestazioni. Un tema è quello che le auto prescrizioni, le richieste dai medici direttamente ai propri

prescrittori, spesso sono inappropriate. In alcuni casi, per la cosiddetta medicina difensiva, alcuni prescrittori tendono, per essere più tranquilli, a prescrivere un alto numero di diagnostiche. Questo è certamente un tema. Noi abbiamo incontrato un solo soggetto esterno, al di là dei soggetti istituzionali all'interno di questa analisi del dossier, ed è stato quello dei medici di Medicina generale.

Tutti noi pensiamo, parlo a nome di tutta la Commissione, che il ruolo dei medici di Medicina generale, da questo punto di vista, sia fondamentale. Sono degli attori importanti, possono essere un filtro, avere un ruolo attivo, però non devono essere caricati solo di responsabilità. Quando parleremo delle soluzioni diremo come.

Un altro tema molto importante è legato al fatto che ancora c'è una presa in carico dei pazienti cronici inadeguata. Abbiamo bisogno di separare maggiormente lo screening dalle ..., quindi, di fare più screening fondamentalmente.

Un altro aspetto molto importante, sempre legato a questo eccesso di domanda, è l'assenza di prescrizioni delle classi di priorità. Cosa vuol dire? Vuol dire che quando vengono effettuate le prescrizioni delle prestazioni sanitarie, il prescrittore dovrebbe indicare il livello di urgenza con cui queste prestazioni dovrebbero essere fatte e nel formulario esistono varie classi di priorità. Questa cosa non viene fatta. Molto spesso il livello di priorità di una visita non viene indicato da parte del prescrittore. Questa cosa impedisce di capire se una visita è urgente o se è una visita di controllo. Questo è un aspetto che va risolto.

Dal punto di vista dell'offerta le cause principali della carenza sono il fatto che abbiamo delle sedi eroganti prestazioni che funzionano troppo poche ore e che non hanno una copertura adeguata su tutta la regione, specie per quanto riguarda la diagnostica, quindi, va rafforzata la rete dei servizi.

L'ultimo tema, poi vengo brevemente alle soluzioni, è quello che riguarda il *dropout*. Cosa vuol dire? Noi abbiamo una quota di

pazienti significativa che si prenota per le prestazioni, specie diagnostiche, e poi non si presenta alla visita, nonostante sia in atto il sistema del *recalling*, della richiamata.

Intervenire, quindi, sia dal punto di vista della responsabilizzazione dei prescrittori, della responsabilizzazione dell'offerta pubblica, che di quella dei pazienti, sembra la soluzione più utile.

Nella risoluzione oggi indichiamo alcuni punti, 15 punti, con delle soluzioni per quanto riguarda questo set di possibili richieste che ci sono.

Il primo aspetto è proprio quello di aumentare l'appropriatezza. Da questo punto di vista abbiamo necessità che sia il distretto ad avere il ruolo chiave per definire la filiera delle varie responsabilità. Mi riferivo prima alla responsabilizzazione dei prescrittori, il ricorso alle classi di priorità è presente in questo atto. Noi abbiamo bisogno di separare le agende, la cosa fondamentale è che le visite di screening devono essere separate dalle visite di urgenza. Devono correre in due agende separate. Facciamo un esempio sulla prestazione che ha la più lunga lista d'attesa. Le mammografie hanno più di un anno di lista di attesa nella nostra regione, ma in quasi tutte le regioni italiane, mentre i tempi ufficiali previsti della legge sarebbero di 3, 4 mesi. Qual è il problema di questo differenziale di circa 10 mesi? Se in quella lista ci va sia lo screening, la donna over 50 che ogni anno fa la mammografia, che la persona che ha bisogno di un'urgenza, è chiaro che noi non distinguiamo chi ha un'attesa che sopporta con problemi psicologici per il proprio stato di salute e chi invece è semplicemente inserito in uno screening e sa che ogni anno deve fare una visita e non ha particolari problemi di salute. Se noi separiamo le agende, quello non diventa più un tempo di attesa, quello diventa un normale *follow-up* dei controlli successivi.

Questo è un tema molto importante. Noi abbiamo bisogno, prima mi riferivo anche al livello delle modalità con cui avvengono le prescrizioni, di aggiornare e di rivedere.

Questa cosa è emersa anche nelle varie relazioni, il sistema di prenotazioni tramite il Cup, sia perché vogliamo inserire queste agende differenziate, anche tramite nuovi software - vedo qui l'Assessore e in questa riforma sanitaria è stato avviato il discorso delle case della salute, è presente la richiesta di medici di medicina generale - per esempio, poter effettuare le prenotazioni tramite le Case della salute, gli studi dei medici di medicina generale. Noi dobbiamo rivedere questo aspetto.

Un altro aspetto molto importante è quello di fare dei controlli per quanto riguarda l'attività libero professionale. Una delle cose meno sopportate dai cittadini, è il lungo tempo di attesa nel sistema pubblico, questo tempo d'attesa diminuisce immediatamente se la visita, anche nello stesso ospedale, viene effettuata in libera professione intramoenia.

Controllare, aumentare, l'attività di controllo perché chi svolge un'attività intramoenia, prevista dalla legge, abbia una corrispettiva attività istituzionale. E' molto opportuno.

Sul lato dell'offerta prevediamo un maggiore controllo dei cosiddetti accordi di confine per evitare che i nostri cittadini vadano fuori regione, anche aumentando la diagnostica nella nostra regione, aumentando i tempi in cui la diagnostica può funzionare, ovviamente tenendo conto dei limiti che oggi noi abbiamo, soprattutto per quanto riguarda il costo del personale che, come sappiamo, deve essere almeno 1,4% rispetto a quello del 2004. Non abbiamo in questo momento la possibilità di nuove assunzioni, però dobbiamo trovare, anche sul piano degli accordi sindacali, una modalità per cui le cose previste in questa risoluzione: l'aumento della diagnostica in almeno tre punti della nostra regione e l'aumento del numero di ore in cui la diagnostica è aperta, possano dare una risposta ai cittadini.

Ultimo punto ed ho concluso, nelle case della salute saranno presenti gli studi dei medici di medicina generale. Pensare che

questi ambulatori possano essere integrati, cioè possano prevedere a fianco dei medici di medicina generale anche la presenza di alcuni specialisti che nella stessa struttura possano interloquire, è una soluzione che è stata proposta dagli operatori e credo che possa andare nel giusto senso. Questo aspetto lo inseriamo al punto 14, unitamente al tema della prevenzione che, come ricordiamo, è una battaglia che spesso viene sottovalutata, invece rimane uno degli aspetti centrali per salvaguardare la salute dei cittadini.

Voglio ringraziare tutti i Commissari perché è stato fatto, credo, un buon lavoro. Ovviamente dentro la Commissione, come è naturale, c'è stato un dibattito politico, ma su alcuni aspetti tecnici sono stati trovati alcuni punti di intesa.

Credo che sia stato un lavoro utile e fruttuoso che oggi finalmente portiamo in Aula per un dibattito, un contributo della Commissione a questa Assemblea legislativa.

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

Giancarlo D'ANNA. Grazie Presidente. Direi che l'iniziativa del Presidente Busilacchi è sicuramente apprezzabile ed apprezzata, lo è sotto diversi punti di vista perché alla fine tutto quello che è emerso e che è stato scritto in questa relazione può essere in buona parte condivisibile. Come esponente dell'opposizione, come relatore di minoranza del Piano socio sanitario e di diversi atti, mi rendo conto che alcune segnalazioni, alcune proposte, alcune interrogazioni, alcune mozioni che abbiamo fatto nel corso degli anni, le ritroviamo in questa relazione.

Partirei dal Cup. Ricordo quando ci fu un dibattito in quest'Aula. Si parlò del Cup come la panacea di tutti i mali, perché doveva servire per ridurre quelle liste d'attesa che invece oggi ci troviamo a riportare qui in Aula attraverso questa relazione. Quel Cup, se non ricordo male, costò complessivamente

intorno ai 12 milioni di euro. Penso che con una cifra importante come quella, oggi si sarebbe dovuta fare una relazione completamente diversa, magari dire quali erano i risultati di quella forte somma spesa per cercare di risolvere, quantomeno parzialmente, quella situazione, invece accade l'esatto contrario.

Il Cup si è dimostrato un fallimento, diciamo com'è. Generalmente quando ci sono dei risultati negativi qualcuno dovrebbe avere quantomeno l'umiltà e la dignità di dire ci siamo sbagliati visto che la cifra importante non è assolutamente servita a risolvere un problema di cui oggi parliamo.

Ma le radici profonde di questo malessere della sanità marchigiana, spesso ci vantiamo di essere la Regione migliore, la più avanzata, la più corretta, la più premiata d'Italia, ma di fatto oggi, ripeto, torniamo qui, sono nel Cup, sono nel Piano socio sanitario, sono nelle reti cliniche, ed oggi evidentemente fanno sì che ci troviamo in una situazione pressoché ingovernabile, con un malcontento diffuso da parte della popolazione, recepito evidentemente dalla Commissione perché se il Presidente, onore al merito, ha deciso di fare una serie di dossier su quelli che sono i temi caldi della nostra sanità, è evidente che c'è una presa d'atto di un malessere forte.

è parlato di appropriatezza. Questo può essere uno dei motivi per i quali le liste di attesa continuano ad aumentare, però qual è l'offerta che riesce a dare in determinate situazioni il Servizio sanitario regionale? Evidentemente l'offerta è molto limitata, non penso che si possa parlare in tutti i casi di inappropriatezza delle prestazioni, sta di fatto che oggi ci troviamo, anche nella relazione, a dire ma perché non utilizziamo di più gli strumenti che abbiamo? Vorrei ricordare che avevo già fatto, negli anni scorsi, una proposta di questo genere, però la risposta è stata negativa. E' stata negativa nel momento in cui si è detto: "Se dobbiamo far lavorare di più gli strumenti, nella fattispecie Tac e risonanza magnetica, dovremmo pa-

gare degli straordinari e quindi sforeremo il budget che ci siamo proposti".

Vorrei ricordare ancora una volta che se parliamo di mobilità passiva, ed evidentemente alcune situazioni che ho appena citato contribuiscono ad aumentare la mobilità passiva, se parliamo di convenzioni, per l'ennesima volta vi ricordo che il Sindaco di Fossombrone da oltre 20 anni ha l'esclusiva della medicina dello sport e ogni anno ha un budget di 350.000 euro che moltiplicato per 20 anni fa una cifra incredibile, credo che forse sarebbe più opportuno, magari utilizzare quei 350.000 euro per vent'anni per fare qualcosa di più importante come quello di utilizzare al meglio i macchinari.

Prendo atto che le nostre proposte in parte sono state recepite, ma il Piano socio-sanitario, la sua applicazione, le reti cliniche, evidentemente, hanno inciso fortemente sul problema delle liste d'attesa.

Torno, ancora una volta, su una realtà che conosco meglio delle altre. Quando si è votato in quest'Aula la costituzione dell'Azienda Marche nord ..., invito gli amici del sud delle Marche a diffidare di queste aziende uniche nel momento in cui decideranno di farle perché i problemi che la sanità della provincia di Pesaro Urbino aveva si sono moltiplicati, tanto è vero, testimonianza di questi giorni, i Sindaci uscenti come i Sindaci entranti di Pesaro e di Fano stanno ponendo dei paletti su quella che è la proposta dell'ospedale unico perché tutti i passaggi che sono stati fino ad oggi dimostrano che quella scelta ha aggravato situazioni già complicate che c'erano in passato. Difficoltà che sono state confermate, quelle del Piano socio-sanitario e degli obiettivi che si è posta la Regione, anche ieri nella riunione che abbiamo tenuto quando abbiamo parlato del Centro unico di acquisto. Sono passati diversi anni e ci siamo resi conto che, nonostante fosse stata già votata due anni fa, quella legge non è riuscita ad entrare nell'operatività per una serie di motivi ed evidentemente non ha portato quei risparmi che si auspicavano ed ha sottratto risorse

ad alcune iniziative che venivano anche meritoriamente proposte dalla Commissione.

I tagli fini a se stessi sono un altro motivo delle liste d'attesa che noi, ripeto, anche in questo caso abbiamo contestato e denunciato negli anni.

Francamente mi riconosco nella relazione che, se volete, ha anche il coraggio di ..., viene da una Commissione che è presieduta da un esponente qualificato della maggioranza, la vedo anche come una iniziativa forte nei confronti della Giunta e delle scelte che ha fatto, e questo sicuramente l'apprezzo.

Credo che mettendo insieme il fallimento del Cup ed un Piano socio-sanitario che evidentemente non è stato condiviso dal territorio ..., ricordo che noi abbiamo avuto circa 800 audizioni e di quelle 800 francamente poco è stato recepito nel piano socio sanitario. Quante volte abbiamo visto Sindaci venire in Consiglio regionale o cittadini contestare quel piano, anche coloro che in un primo momento l'avevano condiviso o fatto finta di condividere.

Per chiudere un po' il quadro della situazione, la prevenzione è sicuramente un qualcosa che nel medio-lungo termine è impegnativa, anche dal punto di vista economico, ma è l'unica, è una delle poche alternative, diciamo, al discorso delle liste d'attesa. Ci sono degli esempi che hanno funzionato, sicuramente vanno allargati ad altre situazioni perché, al di là di quella che è la nostra relazione, si deve concretamente attuare una politica di utilizzo maggiore delle strumentazioni perché mi insegnate che Tac e risonanze magnetiche hanno dei costi enormi ed una vita molto breve perché la tecnologia avanza in continuazione. Quindi, necessariamente, dobbiamo, primo: dare un servizio, secondo: molto vicino al primo, ammortizzare i costi di questi macchinari - quindi, tra prevenzione ed utilizzo maggiore degli strumenti insieme all'appropriatezza che viene suggerita, noi possiamo dare un contributo importante alla soluzione, quantomeno parziale, del problema delle liste

d'attesa.

Pur apprezzando l'iniziativa, pur apprezzando l'impegno che è stato posto ed il recepimento di alcuni emendamenti che anche personalmente ho presentato, non mi sento di votare positivamente questo atto. Non per una questione di ripicca per il fatto che alcune cose le avevamo denunciate nel corso degli anni, ma perché, al di là della risoluzione, noi ci aspettiamo dei provvedimenti immediati e concreti. Forse, anche attraverso questo atto, questa presentazione in Aula, questa conferma in Aula da parte di esponenti della maggioranza, certifica che così come sono andate avanti le cose, in questi anni, il destino dell'insuccesso era già segnato. Grazie.

Presidenza della Vicepresidente Rosalba Ortenzi

PRESIDENTE. La discussione è aperta. Ha la parola il Consigliere Binci.

Massimo BINCI. Non condivido il lavoro, cioè il risultato di questa risoluzione, benché ringrazio la Commissione per aver iniziato ad affrontare pubblicamente il tema delle liste d'attesa nel campo della sanità di cui i cittadini sono vittime.

Per esempio, la principale mancanza che vedo nella risoluzione riguarda i dati della deliberazione relativa alle liste d'attesa del 2011. E' l'ultima deliberazione disponibile e sono evidenziate chiaramente dove e come ci sono liste d'attesa. Mi aspettavo che in una relazione di studio rispetto alle liste d'attesa questi dati fossero evidenziati, invece ci sono i valori monetari delle prestazioni ambulatoriali. Questo non è indicativo, non è un dato indicativo, né trasparente, rispetto a quelli che sono i tempi delle liste d'attesa. In quella deliberazione c'è il riferimento ai tempi delle prestazioni nei vari settori, nei vari reparti, quindi, quali sono i tempi reali e in riferimento, a fianco, i tempi massimi previsti dalle leggi nazionali.

Così si rende evidente quali e dove ci sono liste d'attesa. Questo non è stato evidenziato. Oltretutto ho assistito ad una relazione che doveva essere tecnica del dottor Ciccarelli sui tempi d'attesa, l'ho riletta ed è indice del perché ci sono le liste d'attesa, una relazione che non dice niente, tra l'altro il dottor Ciccarelli nell'audizione, anche rispetto al Piano sanitario, ha detto che le liste d'attesa sono un falso problema. La Commissione è andata un po' dietro a questa interpretazione, partendo dal fatto che i problemi sono l'inappropriatezza delle prescrizioni, l'inappropriatezza della domanda, la mancanza delle classi di priorità. Le classi prioritarie risolveranno qualcosa? Ci sarà il cittadino che è più in amicizia col medico che avrà la classe di priorità più urgente e quello che non sa niente che si becca sempre l'ultima classe di priorità. Questa non è la soluzione.

Oltretutto bisogna dire che non ci sono i dati sull'intramoenia a pagamento, questo dato, il raffronto in percentuale tra quanti cittadini utilizzano il normale percorso nel richiedere degli screening, nel richiedere delle visite specialistiche, nel richiedere la diagnostica e quanti invece fanno ricorso all'intramoenia cioè al pagamento per evitare le liste d'attesa, ci darebbe la lettura di quella che è la problematica delle liste d'attesa.

Faccio un esempio, in questo anno sia per motivi personali che familiari ho richiesto delle visite specialistiche e della diagnostica, potendolo fare, ho evitato di attendere un anno e oltre per della diagnostica pagando in intramoenia per una Tac 130 euro, per averla dopo una settimana. Non è possibile che ci sia un gap tra l'intramoenia e la prestazione tramite il servizio pubblico regionale sanitario di un anno. Non è possibile, anche perché sono gli stessi operatori. Allora viene il dubbio che questo governo delle liste d'attesa anziché dalla sanità sia fatta dagli operatori, sia fatta dai liberi professionisti. Non è possibile!

In base alla legge sulla trasparenza è obbligatoria la pubblicazione delle liste d'attesa. Questo non avviene! Il cittadino deve poter sapere e se deve fare una visita cardiologica, clicca sull'Asur e guarda le liste d'attesa per quel tipo di prestazione, dopo di che avrà la lista d'attesa media. Questo è un dato che ugualmente, la pubblicazione delle liste d'attesa, permette di rendere evidente al cittadino e rendere più efficiente la prestazione.

L'altra questione sempre sulle liste d'attesa. Prima il Consigliere Eusebi ha parlato dei premi ai dirigenti, dove ci sono liste di attesa oltre quelle stabilite come massime dal Servizio nazionale non vanno erogati i premi addizionali, perché nel momento in cui al cittadino viene negato un servizio in tempi previsti dalla legge, il direttore di un reparto ospedaliero, un primario - quale altro riferimento rispetto alla sua produttività e al servizio effettuato se non il fatto di dare un servizio ai cittadini - non deve avere il premio. Questa è una cosa per il superamento delle liste d'attesa che la Giunta regionale può fare subito e mettere per iscritto che chi supera nel proprio settore i tempi d'attesa previsti dal Ministero non prende il premio aggiuntivo. E' una valutazione oggettiva, inseriamola, invece è quello che alla fine si vuole nascondere.

Dalla lettura del dato relativo a quanti cittadini fanno ricorso al servizio a pagamento per le prestazioni diagnostiche e specialistiche, noi vedremo che la richiesta è totalmente insufficiente, anche depurata dall'ineadeguatezza della domanda, quindi, vanno prese soluzioni per aumentare le ore di funzionamento con progetti che ci sono nel campo della sanità, progetti rispetto alla riduzione delle liste di attesa che permettono agli operatori di rimanere alcune ore o perché no, non mi scandalizzerei, assunzioni dedicate. Qui è stato fatto riferimento a 2, 3, 4 punti, io metterei anche di più, cioè negli ospedali pubblici o nei poliambulatori, in modo mirato a quelle prestazioni specialistiche in cui ci sono liste d'attesa che supera-

no i sei mesi - noi abbiamo nella quasi totalità liste d'attesa che arrivano e superano l'anno - ammortizzerei il costo degli impianti e inserirei del personale, addirittura c'è un radiologo e un medico, è necessario che ci sia anche un medico, potrebbero esserci anche tre radiologi ed un solo medico che lavora con i tre radiologi rispetto al prolungamento degli orari.

Una questione che non condivido assolutamente della risoluzione è riportata ai punti 8 e 9.

Al punto 8 si parla di aumentare le ore di diagnostica in integrazione con i privati, cioè da una parte si dice che c'è l'inappropriatezza della domanda, ma poi nelle proposte si dice di aumentare e di integrarsi con i privati per adeguarsi all'offerta. Facciamo fare il business ai privati.

Al punto 9 per ridurre le liste d'attesa si propongono accordi con gli erogatori privati, cioè viene detto al punto 8 ed al punto 9, tante volte non fosse chiaro, da una parte non si possono fare progetti o prevedere posti di lavoro per ragazzi al fine di ridurre le liste d'attesa e dall'altra teniamo le risorse per accordi con gli erogatori privati perché alla fine questi ci risolvono il problema.

Non è così che si governa la sanità. Le liste d'attesa sono un modo per scaricare sulle tasche dei cittadini un diritto, il diritto alla cura che dovrebbe essere universale, pubblico e gratuito. Un altro effetto è che i cittadini più deboli, più poveri, ritardano le loro cure, ritardano gli interventi di prevenzione e addirittura ritardano anche gli interventi di cura.

Non può essere considerato, come l'ha sempre considerato il dottor Ciccarelli, un falso problema, un problema inesistente. Questa Giunta regionale deve farsene carico e la Commissione sanità lo deve dire in maniera più netta è più chiara e con proposte più precise.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Zinni.

Giovanni ZINNI. Devo dire che questa è un'occasione abbastanza importante e non credo che oggi il Consiglio si debba esercitare in termini quasi sportivi sugli aspetti più tecnici della vicenda.

Il Consiglio regionale è un organo politico, di indirizzo ed essendo un organo politico oggi dovrebbe, a mio avviso, dire in maniera chiara, rispetto a questo documento, dove vuole andare a parare sull'argomento liste d'attesa. Se il documento è forte, è un indirizzo forte e politicamente vincolante per l'Assessore, se il documento è debole, si è fatto un meritevole tentativo di finire in paradiso in un'altra vita, ma dal punto di vista morale e politico si lascia poco il segno.

Apprezzo che la Commissione sanità cerchi di essere, usando un termine giornalistico, sul pezzo, ma guardando questo documento mi sento di dire, e nessuno la prenda sul personale, che è un documento politicamente modesto e che, da un punto di vista comunicativo, rischia di essere sconcertante. Dico questo perché leggo un pezzo: "cause principali di eccesso di domanda", cioè le liste d'attesa sono ingolfate perché c'è un eccesso di domanda, "le principali cause dell'eccesso di domanda sono", sentite che roba, e chi l'ha scritto mi fa accapponare la pelle, "iperprescrizioni, prescrizioni improprie o inappropriate, prescrizioni difensive da parte dei medici prescrittori, auto prescrizioni, richieste dei cittadini al medico prescrittore" cioè in poche parole questo documento fotografa che i nostri medici di base sono dei cani, ... qui c'è scritto questo! Una cosa indecente! Oggi io difendo la categoria dei medici di base. E' una roba indecente! Iperprescrizioni, sono anche ipertesi mentre le fanno, ne scrivono 10 di più, improprie ed inappropriate cioè non capiscono una mazza secca del loro lavoro, sono difensive perché hanno paura che mandando via il paziente questo possa morire, allora si difendono. Infine è colpa del cittadino perché fa l'autoprescrizione, cioè uno sta male va dal dottore e dice "oggi mi va la Tac al ginocchio" è quello scemo, gli fa la Tac al ginocchio.

Siamo all'imbarazzo totale per questo documento. Assessore, io verificherei, al suo posto, chi ci ha messo le mani oltre la politica.

Ma non è finito qui, lo spettacolo va avanti: "Cause principali della carenza dell'offerta", giustamente un pizzico di autocritica, "insufficiente funzionamento delle sedi eroganti", un modo garbato per dire: "La colpa è di tutti, cioè di nessuno". In realtà, la colpa per le prestazioni che stanno calando in Italia è tutta della politica. La politica non ha saputo razionalizzare quando doveva farlo, ha continuato a spendere e spandere in particolare nelle Regioni, ed oggi la verità è che noi stiamo chiudendo il Salesi. Bisogna avere il coraggio di dirlo, qualcuno deve avere il coraggio di dire le cose come stanno. Quando prendo il Salesi e prendo tutto l'aspetto pediatrico e lo sbatto in mezzo ai reparti dell'Ospedale di Torrette è evidente che lo sto chiudendo.

Poi sentite qua: "La dislocazione di apparecchiature non sempre coperta da un organico adeguato". E chi le fa queste cose, se non la politica? Poi "le apparecchiature talvolta obsolete, gli organici non sempre completi, l'incremento di richieste per particolari tipologie" quindi, è anche colpa di chi si ammala di qualche malattia rara, diciamoci la verità, non va bene, uno si deve ammalare di malattie standard, ancora: "le prenotazioni errate da parte degli operatori del Cup", ma l'avete fatto voi della maggioranza il Cup, lo avete inventato voi questo strumento diabolico, lo avete affidato voi a quel consorzio, a quell'imprenditore, e adesso ci dite che il Cup lavora male? Non lo so, sembra di stare a "Scherzi a parte".

Infine il *dropout*, se non c'è un po' di inglese moderno nei nostri documenti non sono di livello. Che cos'è il *dropout*? Al cittadino che ci mette non so quanto a capire come prenotare, dove prenotare, giustamente gli viene la paura che possa avere qualche malaccio e allora va a fare la prestazione dal privato e si scorda di disdire la meravigliosa prenotazione che gli offriamo tra un anno e

mezzo. La colpa è il *dropout*, il paziente si scorda di dire al Cup: "Andate a disdire questa cosa".

Perdonatemi, ma dico: "Ci vogliamo rendere conto che oramai i cittadini non sono dei cretini, non sono fessi, non sono persone disposte a farsi prendere in giro!" Un documento di indirizzo oggi ha senso se è un'opportunità per dire all'Assessore Mezzolani, agli uffici e alla Giunta che devono fare in quel modo, dovete fare in questo modo.

Oggi francamente questo documento, a mio avviso, omette e faccio un esempio, se a Loreto si decide di togliere un ecografo, è inutile scrivere un documento del genere quando c'è stata la scelta politica di togliere l'ecografo, non perché manca il personale in sé, ma perché la politica non ci vuole mettere l'ecografo.

Di fronte a tutto questo, francamente dico che è un'occasione persa.

Voto contro questo documento perché è tecnicamente modesto e politicamente imbarazzante e sconcertante.

Ringrazio la Commissione per il tentativo, ma invito il Presidente della Commissione, così come ho invitato quello precedente, ad avere più coraggio, se la riforma del Cup è stata una "boiata", bisogna cambiarla, ma per cambiarla non basta l'opposizione che dice: "Toglietela", ci vuole la maggioranza che cambia il suo Assessore oppure lo convince a fare diversamente. Questo non accade e non va bene partecipare a un documento che diventa un esercizio sportivo "oggi siamo andati in palestra e abbiamo fatto un po' di corsa con un atto di indirizzo". Non va bene, noi dobbiamo vincere il campionato della politica che deve avere indirizzi chiari ed il primato sui tecnici.

Chiedo al Presidente della Commissione di ritirare questa risoluzione e, con un lavoro serrato in Commissione, riportare fra un mese un documento più articolato e più preciso perché noi dobbiamo definire, chiaramente, cosa fare con i soldi che abbiamo per rendere migliori le liste d'attesa.

**Presidenza del Presidente
Vittoriano Solazzi**

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Natali.

Giulio NATALI. Mi differenzierò dall'amico Consigliere Zinni per qualche aspetto.

Certo che la democrazia dà una bella immagine! Siamo riusciti a parlare di sanità per la prima volta in Regione. Penso che sia un anno e mezzo che non parliamo di sanità. Noi ne parliamo perché uno fa le interrogazioni, caro Consigliere D'Anna, e dopo 6 mesi qualcuno risponde, anzi non risponde, legge quello che qualcuno di un determinato servizio gli propina e lo legge come se quella interrogazione non fosse per contestare il comportamento di quel qualcuno di quel determinato servizio.

Vede Assessore, penso, ho sempre pensato, sono arrivato alla democrazia molto tardi, fino ad una certa età ...

PRESIDENTE. Forse ancora non appieno.

Giulio NATALI. Forse non appieno... poi l'ho vista, la sto vivendo qui dentro e vedo quello che è la democrazia per voi: parlare di sanità con tre Assessori, parlare di sanità mentre tutti pensano alle prossime consultazioni elettorali ..., fate, fate, se questa è la democrazia è tutta vostra! Totalmente vostra!

Il Presidente Busilacchi perlomeno ha avuto il merito di fare una risoluzione e di portarla in discussione.

Stiamo parlando di un eufemismo. La discussione di chi? A chi interessa tutto questo? A nessuno! Dobbiamo essere chiari! Quando qui si dice che si compiono delle violazioni di legge, come il non dare documenti, e passa tutto in cavalleria, capisco che la vostra è una democrazia molto diversa dalla mia. Per anni sono stato accusato di stare con quelli che erano i propugnatori dell'illegalità, ma qua con l'illegalità che vedo

..., soltanto con la derubricazione 323, qualcuno di voi forse può capire che ha significato la derubricazione della Busilacchi d'ufficio, qui sarebbe una Busilacchi d'ufficio ogni due giorni.

La cosa bella è che in tutto questo, entrando nel merito, è venuto fuori il problema delle liste d'attesa ed il problema della mobilità passiva, manca un terzo elemento, manca il terzo che gioca a carte insieme al morto.

Perché non si parla di mobilità attiva? Cos'è la mobilità attiva? Il contrario della passiva! So che un direttore amministrativo ha detto: "Guai, la mobilità attiva? Come vi viene in mente?" Noi poveri imbecilli pensavamo che la mobilità attiva significasse che l'ospedale pubblico di Ascoli o di Pesaro o di Macerata riuscisse ad intercettare il paziente dall'Abruzzo, dall'Umbria, e che fosse qualcosa di cui tutti ci dovevamo fregiare, perché significava che era un'ottima sanità, prima cosa, se no non sarebbero venuti, e significava visto che ..., qui la democrazia ha fatto sì che la sanità sia un'azienda, la sanità non si chiama più ospedale, ma azienda - che temi la berlusconizzazione, siete arrivati prima di Berlusconi voi, siete stati i maestri - perché la sanità deve rendere, abbiamo appurato anche questo, la sanità deve rendere e allora la mobilità attiva dovrebbe essere il dogma che ci spinge tutti a far sì che nei nostri ospedali ci siano i migliori medici, per cui ci sia una meritocrazia assoluta, tutto quello che tutti voi potete capire. Invece da questo documento è assente la mobilità attiva, perché il dottor Ciccarelli nelle poche frasi che spende quando viene nelle nostre Commissioni, 40 minuti per botta, ci spiega che la mobilità attiva deve essere frutto di accordi con le Regioni confinanti. Tutto un ragionamento strano che noi diciamo "ma se all'ospedale di Ascoli riusciamo ad intercettare malati da fuori perché abbiamo un ottimo primario di ortopedia, qual è il male?" Dovrebbe essere solo bene, non dovrebbe esserci alcun problema. Invece no, perché il direttore ammini-

strativo nominato di fresco ci ha detto: “Ma quella mobilità attiva ce la pagano dopo tre anni!”, ma quella mobilità passiva a chi la pago allora? Anch’io la pago dopo 3 anni e devo capire, ma chi siamo noi tutti, non voglio dire la parolina, ma con le terga degli altri? Non può essere!

La mobilità attiva e la mobilità passiva sono due estremi, sono il contrario, il reciproco, l’opposto, *la contrariis* di cui parliamo tante volte.

La mobilità attiva qui non c’è, caro Presidente Solazzi, perché la sua zona che ha avuto sempre, meno qualche piccola parentesi, l’Assessorato alla sanità, ha una mobilità attiva strana, perché il problema della mobilità passiva nell’Area vasta 1 ha fatto sì che si facesse un’Azienda, c’è scritto nelle motivazioni della deliberazione dell’istituzione dell’Azienda Marche Nord: per frenare la mobilità passiva, ma in quel documento doveva esserci scritto che dopo l’istituzione dell’azienda Marche nord la mobilità passiva è aumentata. C’è qualcuno che lo dice? E’ vero? Non è vero? I numeri sono questi o non sono questi?

Nell’azienda, che non c’è, Marche Sud c’è una mobilità attiva assoluta, senza azienda! Per me è difficile addentrarmi dentro certi meccanismi e capirli perché non sarò al 100%, forse sono all’80, ma non riesco a capire bene, allora cercando quei documenti, chiedendo quei documenti, Presidente Solazzi, avendoli dopo qualche giorno, come lei sa, qualche giorno, si appura che nella nostra zona tutta la mobilità attiva la fanno per i 3/5 ed oltre le strutture private convenzionate. Su questo non si dice una parola, ma come funziona? La struttura privata convenzionata nell’Area vasta 5 ha un peso e deve essere ben oliata e nell’Area vasta 1 no? Come Area vasta 5 siamo troppo lontani dall’Emilia-Romagna? Siamo troppo lontani da società con sede a San Marino? Che cosa succede?

Le cose di cui dobbiamo parlare: liste d’attesa, mobilità attiva e mobilità passiva. Prima il Consigliere Zinni ha difeso a spada

tratta il medico di base, non mi trova d’accordo, purtroppo, non mi trova d’accordo perché sappiamo che i medici si esonerano anche dal vidimare, nelle rispettive impegnative, quali sono i fattori d’urgenza di determinate prescrizioni. Mi meraviglio che chi paga quei medici non li prenda per un orecchio. E’ vero che quei medici sono i nostri maggiori interlocutori delle campagne elettorali amministrative, botte da 400 preferenze ognuno! Chi fa più fidelizzazioni di un medico di base? Parlo a tutti! Sappiamo tutti nei nostri Comuni cosa fanno i medici, lo sappiamo tutti! Nella fidelizzazione c’è il medico cosciente che viene votato perché è bravo ed è persona seria e c’è il medico, io ne conosco tanti nella mia zona, che non ti visitano neanche, lasciano il segretario, e quando gli dici per telefono: “Mi fa male un ginocchio fammi fare una lastra”, ti ritrovi la lastra e la prescrizione per il ginocchio. Ma, al di là di questo che dicevo nei riflessi del medico di base, il problema è un altro, quei medici possono essere controllati tranquillamente. Chi vuole! Se qualcuno vuole controllarli!

Assessore a me l’Avvocato dell’Asur il 29 maggio mi ha detto che il 6 maggio ha chiesto un fascicolo curriculare di un direttore di Area Vasta, non si vergogna neanche di non avere il fascicolo e ha la faccia di dirlo, Non so lei che cosa farà, se io fossi l’Assessore i calci nel sedere se li “caperebbe”, non farei una figura del genere perché qualcuno fa queste cose, non la farei! Lei faccia come vuole!

Il medico di base è un po’ quello che tiene tutta questa struttura perché quando voi parlate di Casa della salute, di punti di primo intervento, di tutta la riforma che avete teorizzato, se non passa attraverso un protocollo d’intesa e una contrattualizzazione precisa con i medici, voglio sapere su cosa vi poggiate.

Il ringraziamento al Consigliere Busilacchi va perché ha ritenuto, finalmente, di portare questa materia all’attenzione di chi peraltro non ha molto interesse - basta vedere

che c'è il Presidente che è rientrato e tre Assessori, non c'è nessun altro, evidentemente non è materia, ... o serve molto questa discussione, per cui continueremo a trovare i provvedimenti fatti dalla Giunta. Io ho una determina, Presidente Solazzi, e chiudo, in cui si dice che non ci sono i soldi, poi vedo incarichi da 110.000 euro, caro Assessore Mezzolani, tra poco arriveranno, ma non arriveranno solo a lei, non arriveranno solo a lei questa volta. Incarichi da 110.000 euro a persone che entrano come fisioterapisti in ospedale e poi saltano, saltano, girano e rigirano e arrivano in strane situazioni. Glielo garantisco perché la correttezza sempre, la guancia si porge dopo il primo schiaffo, dopo che ti sei giocato la seconda non porgi più niente e reagisci come devi reagire. Questo per difendere le prerogative di noi Consiglieri regionali.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Marinelli.

Erminio MARINELLI. Grazie Presidente. Non c'è il Presidente Busilacchi, ma gli faccio i complimenti per l'argomento che ha portato in Aula. Un argomento che fino ad alcuni anni fa non esisteva. Finalmente è caduto questo muro di omertà, perché parlare delle liste d'attesa era un elemento solo della minoranza che voleva rompere e creare dei problemi.

Le liste d'attesa finalmente sono uscite fuori, purtroppo nella loro gravità, e il documento presentato dalla V Commissione è uno spunto su un argomento difficile, su un argomento che rappresenta una tragedia sanitaria perché le liste d'attesa sono una piaga, una piaga presente, veritiera. Basta vedere alcuni esempi, sulla stampa locale il 3 ottobre 2013: per una risonanza otto mesi di attesa, la stessa risonanza, il 15 maggio 2014 ha 18 mesi di attesa. Chiaro risonanza e risonanza.

Ne ho sentite tante, cerco chiaramente di svincolarmi dal mio ruolo di medico di famiglia, però capite che 40 anni di attività sul

territorio mi permette di essere abbastanza obiettivo e sereno, condividendo le critiche che il medico di famiglia ha avuto in questa Aula ed anche l'appoggio che il Consigliere Zinni ha cercato di dare.

Dico che il medico di famiglia è il front-office. C'è solamente lui con i suoi 1500 pazienti che chiaramente sono indottrinati, preoccupati, che chiedono, che vogliono, che domandano ad un professionista che ha sempre meno tempo per alzarsi a visitare il paziente, ma ha sempre più tempo da lavorare al computer, a dare risposte in maniera informatica e non in maniera ... attraverso la semeiotica medica.

Dico questo perché finalmente la Regione si è resa conto che nelle linee di indirizzo date della deliberazione del 7 gennaio 2014 ha parlato di situazioni che sono aberranti: visita endocrinologica: tempi di attesa 125 giorni rispetto ai 30 giorni nazionali, mammografia: 10 mesi di attesa rispetto ai 2 mesi a livello nazionale, qualche volta 3, ecografia mammaria: 10 mesi d'attesa rispetto ai 90 giorni. Capisco, e bisogna che la politica lo dica forte ed anche con orgoglio, che la vita della persona che si è allungata, nella regione Marche siamo arrivati ad 88 anni, ed ha un costo.

La vita si allunga perché si mangia meglio, perché c'è la prevenzione, perché c'è attenzione, perché ci si cura meglio, ma questo ha un costo, ha un costo evidente, dobbiamo rendercene conto ed essere anche contenti che ci sia questo costo e questa possibilità, invece la politica ha sempre paura nell'affermare un dato che è positivo, ma che si ottiene con sacrifici, sacrifici dei professionisti, sacrifici di tempo e sacrifici economici.

E' chiaro che le critiche che noi facciamo, Assessore, non sono pretestuose, sono critiche fondate sulle difficoltà di persone che, come ha detto il Consigliere Busilacchi, non si rendono conto e non capiscono perché una determinata prestazione richiede sei mesi ed a pagamento si ha il giorno dopo. Non è possibile spiegarlo alla

persona che non è di mestiere, una persona anziana, una persona che viene in ambulatorio preoccupato per un determinato sintomo e che ha bisogno di un'immediata risposta attraverso l'esame che serve pure in maniera difensiva, come ho sentito parlare.

Le critiche che noi facciamo, Assessore, sono partite dal settembre 2010. Il Cup, non abbiamo più sentito parlare del Cup se non in maniera negativa, ha risolto i problemi il Cup? Sicuramente avrà migliorato quelle che erano le difficoltà, addirittura in quel periodo sentii dire ad un Assessore, che oggi è assente, che la colpa era di qualcuno che telefonava per ingolfare i telefoni del Cup.

Non so se lo ricorda, una cosa aberrante, se così era bisognava denunciare quelle persone, quella persona o quel gruppo politico.

Una critica al sistema sociosanitario che non risponde, una critica alle reti cliniche. Credo, Presidente Busilacchi, che non sia una risposta scrivere: U-urgente, B-breve, D-differito e P-programmato, si può fare, non so per quale motivo non si è mai ottemperato, noi medici di famiglia scriviamo solamente U-urgente, posso dire che l'urgenza, parlo di un torace, di una ecografia a Civitanova, viene sempre realizzata in 48 ore. Parlo di quel tipo d'urgenza. Credo che questa diversificazione non porti a grossi risultati, però è un tentativo che con i sindacati, secondo me, bisogna fare e bisogna percorrere. Credo che possa mettere in evidenza ancora di più questa coperta corta, perché le liste d'attesa si allungano, la persona va a cercare il professionista qualificato, va fuori regione e aumenta la mobilità passiva.

La mobilità passiva è aumentata e questo è un indice del grado di salute della nostra sanità. Altro che regione virtuosa! Una regione virtuosa per tante cose, ma una regione che non ottempera a quello che è un servizio essenziale: la salute del cittadino.

Credo che, come ha detto il Consigliere Binci, bisogna e si può intervenire sugli obiettivi da dare ai Direttori. Il Direttore deve

avere determinati obiettivi, deve ricevere dei premi. L'obiettivo è anche la riduzione delle liste d'attesa, in un modo scientifico e ben preciso, altrimenti gli obiettivi vengono sempre raggiunti perché vengono sanciti da persone che sono vicine ai Direttori.

Credo che bisogna investire, Presidente Busilacchi, sui professionisti e purtroppo qui faccio una critica evidente al PD. Il PD controlla quella che è la più grande industria della nostra regione: la sanità, e molti professionisti scelti provengono dall'Emilia-Romagna o appartengono a qualche gruppo politico. Bisogna che i professionisti vengano scelti per le loro qualità, per far sì che le persone delle zone vicine, delle regioni vicine, vengano a trovare quel professionista, perché quando c'è un professionista di qualità e di capacità anche certe liste d'attesa vengono accettate.

Credo che dobbiamo essere tutti realisti e tener conto delle difficoltà che si hanno nel gestire la salute.

Assessore sarebbe stato opportuno conoscere, anche a distanza di mesi, l'accordo con le case di cura. Consigliere Busilacchi questo accordo è stato fatto e, secondo me, è anche abbastanza intelligente, un primo report bisognerebbe portarlo in Aula. Sapere cosa ha portato quell'accordo che la Regione ha fatto con le case di cura per cercare di ridurre certe liste d'attesa. Ormai sono passati, credo, più di tre mesi ed è importante conoscerlo, perché la sanità interessa tutti, non è una questione di colore politico, anche se il PD ha messo il cappello in maniera prepotente e preponderante, però i cittadini queste cose non le fanno, fanno solamente quando hanno un problema e si rivolgono al medico di famiglia.

Dico al Consigliere Natali che il medico di famiglia ha il 76% di gradimento della risposta sanitaria a livello nazionale.

**Presidenza del Vicepresidente
Giacomo Bugaro**

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Bucciarelli.

Raffaele BUCCIARELLI. Grazie Presidente. Voglio anch'io dare atto al Presidente della V Commissione di aver voluto gettare un sasso nello stagno. Da poco eletto Presidente ha voluto caratterizzare la Commissione che si è impegnata, ha lavorato ed ha prodotto quello che noi tutti abbiamo letto e che secondo me, sul piano politico, è inaccettabile e dico subito perché.

Le interrogazioni, le mozioni, le interpellanze su tutti i temi trattati e le proposte fatte sono state a bizzeffe in questi 4 anni di legislatura. Assessore lei lo sa, ne abbiamo parlato, sono mozioni approvate all'unanimità, interrogazioni, ripeto, a bizzeffe, eppure oggi ci troviamo come se nulla fosse stato finora, come se questo Piano sanitario non fosse stato osteggiato, è stato ricordato, da Sindaci e comitati dei cittadini, di utenti, di pazienti, come se questo piano sanitario, e lo sapevamo già in origine, non potesse dare i frutti che chiediamo soprattutto sulle liste d'attesa.

Dimentichiamo che nelle Marche, nella sanità, in due anni, sono stati persi 1.400 posti di lavoro.

Questa maggioranza ha sposato appieno la linea neoliberista del Governo come tutte le Regioni. Tutte le Regioni hanno addirittura chiesto al Governo di fare dei decreti perché non avevano il coraggio di ridurre i Consiglieri.

Quando si sposa una politica i risultati non possono che essere questi, senza stile, dal momento che, credo Assessore, lei condivide questo documento ed avrà contribuito a scriverlo attraverso gli uffici che dipendono da lei. Dico che è poco decoroso scaricare le responsabilità, che uno ha politicamente, sui tecnici.

Io non sono animato, né mi entusiasma questa diatriba tra medici di famiglia buoni, medici di famiglia cattivi. So che non esiste più, né può essere diversamente, il medico di famiglia che, come si sente dire, visitava, faceva la diagnosi e, se proprio c'era bisogno, mandava in clinica a fare delle ricerche più approfondite, quindi non mi interessa,

però so che il Governo regionale ha rapporti diretti con i medici di famiglia. E' possibile che oggi troviamo queste cose scritte? Non è credibile che i medici di famiglia sbagliano le prescrizioni, ma via, le liste d'attesa dipendono dalle prescrizioni sbagliate? Ma questa è come una barzelletta, è come: il coccodrillo vola! No, ma l'ha detto L'Unità. Allora svolazza. E' uguale. Dobbiamo essere più seri. Le prescrizioni improprie, significa dare degli imprevisti ai medici di famiglia? Rivolgetevi altrove per cortesia, non venite in Consiglio regionale a dire che questi sono i mali per poter intervenire, rivolgetevi a loro o a chi volete per poter superare le liste d'attesa.

Io so con certezza, ripeto, non mi interessa questa diatriba, giocatela come volete, assumetevi le vostre responsabilità, svolgete un ruolo propositivo e di governo anche nei confronti dei medici. Questo sì, dovete farlo, perché se è vero quello che scrivete vuol dire che non l'avete fatto, che siete stati incapaci di comunicare ai medici di base come avrebbe dovuto essere il loro comportamento per evitare questi disservizi.

So con certezza che la diagnostica pubblica sta scemando sempre di più e sta diventando quasi del tutto insignificante, lo dico anche per esperienza personale, quando ho avuto bisogno, anziché aspettare 9 mesi per una risonanza magnetica, sono andato da un privato e dopo 9 mesi ero di nuovo in Consiglio operato con successo ed ho risolto i problemi, una diagnosi pubblica l'avrei avuta 4 mesi dopo essere tornato al lavoro.

Questa è la realtà. E' questa! Andate a chiedere, per esempio, quanti marchigiani vanno nei servizi di risonanza magnetica dell'Umbria. Andate a chiederlo o meglio voi lo sapete, ma non lo dite. Questa è la realtà! Questa è la sanità marchigiana reale, quella virtuale è quella che leggiamo sui giornali, è quella che voi propinate cercando di far finta che tutto vada bene, signora madama, e cercate di imbonire chi invece comincia ad essere sempre meno disponibile a credere alle favole.

Con questa relazione la maggioranza cerca di fare opposizione. Questo è un gruppo di lotta e di governo, no, cari signori siete scorretti, ma non nei confronti nostri, anzi se ci aiutate siamo pure contenti, ... no, questo era più Napolitano che Berlinguer, ricorda: in mezzo al guado di lotta e di governo, tanto è vero che lui adesso si trova lì, guarda bene, veniamo dalla stessa scuola, riguarda bene la lezione.

Il fatto è che dovete essere coerenti nei confronti dei vostri elettori perché se fate opposizione, se dite che queste cose non funzionano, dovete essere coerenti e prendere tutte le misure adeguate e necessarie per risolvere i problemi altrimenti fate chiacchiere. Dite una cosa e ne fate un'altra. E' per questo che non siete credibili, perciò questo documento non può essere votato.

Che dire, siamo di fronte, se non ci saranno provvedimenti veri ed adeguati, ad un'ennesima sceneggiata per quanto riguarda la sanità con un'indicazione pericolosa. Concludo, questo chi mi ha preceduto lo ha detto, dobbiamo incrementare l'attività di diagnostica con il privato. Ecco cari signori, voi non solo non siete capaci di combattere la mobilità passiva, ma la incrementate all'interno verso cliniche private, l'altra faccia del neoliberismo che voi impersonate con il vostro modo di fare politica, ma che non avete neanche il coraggio di ammettere.

**Presidenza del Presidente
Vittoriano Solazzi**

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Trenta.

Umberto TRENTA. Grazie Presidente. Finalmente, Consigliere Busilacchi, l'antico arcano è sciolto, meno pubblico più privato in pieno stile, più confacente, più afferente alla sfera politica di chi fa sull'impresa, fonda, diciamo, la sua teoria politica che poi tanto teoria non è, quindi, noi siamo per il giusto guadagno.

Oggi rientra l'argomento così come si presenta, Assessore Mezzolani, le leggo integralmente, c'è una ragione per cui si opera in questa maniera, eh se c'è una ragione! Una ragione nazionale, ma siccome sono buon amico del privato, la lascio immaginare.

Il Consigliere Busilacchi è un ragazzo che mi stupisce, ha un *aplomb*, fantastico veramente. Fa bene il PD a puntare su di lei, però occhio che ci sono i Consiglieri Badiali e Giancarli che sul territorio fanno tremare. Ha qualche anno meno di me e mi consenta di farle gli auguri, è sulla strada giusta, anche lei sta venendo sul privato.

Assessore Mezzolani *marketpress* qui qualcuno parlava di inglese, ma il mio inglese è ... allora, Lazio *marketpress*, adesso su *marketpress* farò un po' di teatro, cambio gli accenti, metto qualche vocale e consonante in più e *press* diventa appresso, *market*, *marchette*, allora "Lazio: un accordo per mettere le strutture sanitarie a disposizione dei cittadini delle altre Regioni". Consigliere Bucciarelli la Regione Lazio è avanti, "la Regione è al lavoro per mettere a disposizione dei pazienti che provengono dalle altre Regioni le strutture private accreditate del Lazio", ecco quello che forse manca tra i medici di base, tra Sisb. Il Sisb sarebbe il sistema informatico sanitario di base, è una sigla che mi è venuta sul momento, ma che è fantastica, il medico di base dice mi fa male il ginocchio, un accordo sulle prestazioni per i non residenti, un accordo la Regione l'ha stretto con l'Aiop, Aiop, Assessore le dice qualche cosa? Non è un dolore di pancia che viene per una colica ...

PRESIDENTE. *Please, I do't understand.*

Umberto TRENTA. Io sto seduto al mio posto, Presidente, lei dove sta di qua o di là? Dentro o fuori il PD? Con Spacca o contro Spacca, con Renzi o con me ...

PRESIDENTE. Always with Spacca.

Umberto TRENTA. Lei Presidente è onnipotente.

PRESIDENTE. *There is no problem.*

Umberto TRENTA. La sua cultura istituzionale, Presidente, la mette al di sopra di queste beghe da quattro soldi.

Aiop, Associazione italiana ospedalità privata - le dice qualche cosa Consigliere Busilacchi? - prevede l'apertura di un tavolo tecnico per definire i passaggi intermedi. Il tavolo dovrà anche stabilire le remunerazioni delle diverse prestazioni offerte ai residenti delle altre Regioni nelle strutture private accreditate del Lazio. Questo non è perché ho un prurito, Consigliere Busilacchi, prestazioni significa che qualcuno poi paga, qui si dice pago dopo 3 mesi, 4 mesi. Assessore lei che è una persona con la quale io amo spesso dialogare, mi dovrebbe dare questa spiegazione.

Si tratta in particolare delle prestazioni di acuzie e post acuzie, fatta eccezione per quella ad alto rischio di in appropriatezza. Le remunerazioni verranno stabilite secondo un tariffario preciso, il Tuc - da bambini, una volta, i Tuc erano i biscottini che mi piacevano tanto, oggi i Tuc mi fanno pensare - tariffario unico di compensazione, l'obiettivo è attrarre nel Lazio un maggior numero di pazienti anche delle altre Regioni. Questo potrebbe significare che se quel bravo ortopedico dovesse, magari, fare un altro tipo di prestazione bisognerebbe attrezzare.

L'Aiop Lazio risponde, siglato l'accordo Zingaretti-Faraoni, sui pazienti fuori regione, e questo qui al di là delle marchette appresso diventa panorama sanità.

Vogliamo giocare un attimo su panorama sanità? Chiamiamolo siparietto sanità, teatrino sanità dell'Aiop. Finalmente dopo anni riusciamo a raggiungere questo obiettivo ed anche i pazienti non residenti nella regione Lazio potranno venire a curarsi da noi.

Allora ergo, scusi Consigliere Busilacchi, mi consenta, mi verrebbe da dire, c'è per

caso un pensiero nazionale su come stabilire chi va fuori, chi entra dentro, chi prende i soldi. Una stanza di compensazione che è quasi una regia esterna anche al sistema sanitario regionale. Io di questo sono sicuro, no, perché lei è una persona in buona fede, l'Assessore di specchiata, fantastica, trasparente capacità, quindi, noi siamo tranquilli come pazienti della regione Marche, ma vado alla Jessica, sarebbe l'Aiop Lazio, Jessica Veronica Faraoni, donna di lungimirante capacità - occhio che arriva il Consigliere Badiali - ha espresso la sua soddisfazione per il protocollo d'intesa siglato ieri con il Presidente della Regione Lazio, Nicola Zingaretti - fratello di quell'attore, forse più attore dell'attore, devo capire chi dei due svolge meglio la sua parte - sull'assistenza ai cittadini che vengono a farsi curare da fuori regione, in base all'accordo, saranno le Regioni di residenza a rimborsare il Lazio per le terapie. Assessore, di fronte a queste affermazioni ...

PRESIDENTE. Consigliere Trenta, quanto ha intenzione di andare avanti? No, solo per organizzare il pomeriggio, visto che il termine è scaduto, mi dica lei cosa dobbiamo fare.

Umberto TRENTA. Presidente chiudo, vado al dunque ...

In base all'accordo saranno le Regioni di residenza a rimborsare il Lazio per le terapie, i farmaci, le giornate di ricovero e tutte le attività assistenziali erogate oltre budget a chi proviene da altre parti d'Italia.

Lascio i ringraziamenti perché stiamo parlando di una cosa che sinceramente ci costa qualcosa, quindi capisco i suoi ringraziamenti, caro Presidente, noi qui siamo ad un blocco statico che ci dice solo che siamo dei limoni da spremere, noi siamo pazienti, saremo ancora pazienti, ma fessi no, Presidente, mi consenta. Confido in lei, nel suo alto acume e cultura istituzionale, ci aiuti a venire fuori da questo *empasse*.

Caro Assessore ho già presentato un'interrogazione in tal senso. Grazie.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Camela.

Valeriano CAMELA. Grazie Presidente. Sono in un certo senso soddisfatto che oggi in Aula si possa dibattere questo importante e delicato argomento. Da tempo ascoltavo, in maniera diffusa, da moltissimi cittadini delle lagnanze su questa tematica, sull'eccessivo tempo d'attesa per visite e prestazioni sanitarie.

Una volta diffusi i dati dell'Agenzia sanitaria regionale ho deciso di elaborare una mozione che ho presentato a fine marzo inerente l'abbattimento delle liste d'attesa, quindi, sono contento se ho fornito un assist al Presidente Busilacchi per poter porre all'attenzione di questo Consiglio questo argomento. Sono contento che poi si possano trovare le migliori soluzioni con il più opportuno e corretto confronto fra tutti noi.

Sappiamo che questo eccessivo allungamento delle liste d'attesa costringe i cittadini marchigiani a fare riferimento a strutture spesso fuori regione per soddisfare i propri bisogni di salute, esponendo gli stessi cittadini ad evidenti disagi e anche a problematiche di carattere economico perché sono strettamente derivanti grossi impegni economici per sostenere gli spostamenti e le attese e questo fenomeno per la Regione Marche comporta un aumento della spesa per la mobilità passiva.

L'Ars nell'opuscolo che ci è stato distribuito ha evidenziato numerose azioni, una di queste consiste nell'attivazione di un tavolo di monitoraggio regionale attorno al quale siedono tutti gli attori, i protagonisti del discorso prestazioni sanitarie e organizzazione: medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali territoriali, specialisti ospedalieri, rappresentanti dei movimenti di tutela dei consumatori, dei pazienti, eccetera.

Una di queste mi ha portato a fare una riflessione e, quindi, la proposta della mia mozione, perché nella valutazione dell'analisi delle criticità che emergono e le azioni e le iniziative volte a individuare le soluzioni più efficaci mi hanno portato a far un ragionamento pratico nel senso che, nel momento in cui da questo tavolo di monitoraggio verranno evidenziati e sintetizzati nuovi criteri, in particolare relativi alla prescrizione, e quando saranno operativi questi nuovi criteri, i medici prescrittori daranno al paziente l'impegnativa seguendo i nuovi criteri, quindi relativamente all'appropriatezza, barrando la casella U, barrando la casella B, barrando la casella D, eccetera, sarà quello il momento importante per impegnare tutto il sistema sanitario a garantire a quel paziente il rispetto dei tempi d'attesa previsti dalla legge nazionale, perché in caso di mancato rispetto dei tempi d'attesa la legge prevede anche dei possibili risarcimenti.

Come facciamo a rendere possibile questa coerenza? Nel momento in cui il tavolo regionale avrà finito il suo lavoro, saranno diffusi agli operatori i nuovi criteri e l'obbligo di seguire determinati criteri prescrittivi, queste liste d'attesa si saranno ancora di più allungate e questa nuova procedura si scontrerà con la dura realtà di un'ulteriore allungamento dei tempi di attesa.

La sintesi della mia mozione era quella di prevedere che la Regione avviasse in maniera sollecita un'apertura straordinaria del sistema organizzativo, del sistema delle prestazioni sanitarie, in maniera tale che si potesse in 6 mesi, e comunque per il tempo necessario, ridurre drasticamente i tempi d'attesa e ridurre drasticamente le liste d'attesa.

Perché quel paziente che esce dall'ambulatorio del medico di medicina generale, dallo specialista ambulatoriale e va a prenotare la propria prestazione a quel punto deve avere sicurezza del rispetto dei tempi d'attesa per quella prestazione di cui ha bisogno.

Se non ci inventiamo qualcosa per abbattere rapidamente e ricondurre ad una nor-

malità accettabile la composizione della lista d'attesa, l'allungamento delle liste d'attesa, è chiaro che si scontrerà questa nuova impostazione con una realtà che è ancora più grave, quindi, la mia proposta era, è, rimane, quella di verificare, Assessore Mezzolani, un periodo straordinario di apertura, di funzionamento delle apparecchiature ospedaliere in orario feriale serale e se occorre anche in orario prefestivo e festivo.

Ritiro la mozione perché vedo che alcuni punti stati recepiti nella risoluzione e ringrazio la Commissione per questo corretto ragionamento, ed invito la Giunta, perché noi poi emettiamo dei suggerimenti, degli inviti alla Giunta, ad elaborare dei sistemi organizzativi che permettano un po' di risolvere il problema. Se non lavoriamo in questa direzione, se non creiamo le condizioni per far sì che quando i nuovi criteri saranno attuabili non ci sia una lista d'attesa più normale, quei pazienti si sentiranno ancora più presi in giro, perché si scontreranno con un ulteriore allungamento dei tempi di attesa e forse non faremo una bella figura.

Ripropongo all'attenzione della Giunta, che dovrà decidere ed attuare questi provvedimenti, il contenuto della mia proposta.

Il Consigliere D'Anna ha fatto un passaggio sulla Azienda ospedaliera Marche nord, ha fatto un passaggio sulla mobilità passiva e attiva con un gap di 38 milioni di euro a nostro svantaggio, io ho studiato a Bologna, ho studiato medicina a Bologna alla fine degli anni '70, primi anni '80, e ho toccato con mano il livello organizzativo e qualitativo dei servizi sanitari dell'Emilia Romagna e capisco perfettamente quanto sia difficile competere con il sistema emiliano romagnolo, nonostante le numerosissime eccellenze che riconosciamo all'Azienda Torrette di Ancona, all'Azienda Marche nord, sono tantissimi i cittadini marchigiani che bypassano queste strutture e si recano presso servizi extra regionali.

Ben diversa sarebbe una collocazione di una Azienda ospedaliera nel nostro territorio a sud della regione, perché sono convinto,

come già qualcuno ha detto, che c'è un flusso di mobilità attiva importante e che un'Azienda ospedaliera costruita su una collocazione di specializzazioni sanitarie intelligenti, basata sui flussi di mobilità che nella popolazione ci sono, potrebbe nel breve tempo di qualche anno tendere all'abbattimento di questo deficit sanitario, di questo deficit che è relativo alla mobilità passiva e contribuire notevolmente ad alleviare la pesantezza del bilancio regionale.

Giace sul tavolo della Commissione sanità la mia proposta di legge che ho sollecitato il Presidente Busilacchi a calendarizzare, a questo punto sarà la prima seduta, mi auguro Presidente Busilacchi, della ripresa dell'attività post feriale e discuteremo e ci confronteremo su questo, poi valuteremo al meglio i pro e i contro che esistono come in ogni normale situazione. Grazie.

PRESIDENTE. Ha la parola il Consigliere Giancarli.

Enzo GIANCARLI. Brevemente perché è l'ultimo intervento e non voglio ripetere quanto già affermato dai colleghi poi perché provo un po' di disagio a parlare di sanità dopo un medico.

Bene ha fatto il Presidente Busilacchi e la Commissione sanità a porre questo problema all'esame della Commissione, all'elaborazione di un documento, al voto dell'Aula.

Faccio una considerazione che non è mia, ma è della Ministro Beatrice Lorenzin la quale ha affermato che la sfida più importante che ci attende, lo ha detto non molti giorni fa, è quella di riuscire ad abbandonare una visione prettamente ragionieristica del sistema salute. Negli ultimi anni, sono sempre parole del Ministro, le politiche sanitarie sono state appannaggio del Ministero dell'economia e delle finanze, all'insegna del tentativo di contrarre la spesa, mantenendo un adeguato livello di assistenza. Ora però è arrivato il momento di restituire, dice la Ministro, al Ministero della salute il ruolo legittimo, cioè di effettiva gestione della politica

sanitaria. Qui c'è una considerazione delle Regioni e per non assumere caratteristica di parte non cito l'Assessore Mezzolani, ma cito l'Assessore alla sanità dell'Emilia Romagna il quale dice: "Non condivido le parole di chi afferma che in Italia ci sono 21 differenti sistemi sanitari, ne esistono due, al massimo tre, quello che inizia dal Nord e si estende fino al Lazio, comprende circa 38 milioni di persone e si può confrontare al meglio con le migliori realtà europee".

Non fuggo dal quadro nazionale, dal quadro delle Regioni ed anche da quello della nostra Regione dentro quelle enunciazioni positive che in questo caso fa l'Assessore della Regione Emilia Romagna, ma vengo anche ad alcune situazioni locali. Ad esempio, non so se su questo, Assessore Mezzolani, vogliamo chiedere una relazione perché possibile che tutti gli inconvenienti, ad esempio, per scendere da Roma o dalle Regioni siano su Jesi? Possibile? Ho qui sotto mano una dichiarazione, ma potrei citare decine di queste prese di posizioni, questa è di giugno, di questo mese: "Per la visita dermatologica ripassi fra due anni, la protesta del tribunale del malato" - parla due anni e due settimane per una visita dermatologica di controllo nei - è quanto si è visto rispondere lunedì un signore di Jesi al Cup". Poi "La visita al cuore" - sempre Jesi - "cardiopatico e con la necessità di controlli semestrali: ripassi fra 10 mesi". Mi rendo conto che al di là delle dichiarazioni di stampa, le liste di attesa sono un problema, sono un drammatico problema, però andrebbe verificato un attimo, perché in una realtà come quella jesina ci sono tutti questi inconvenienti.

Detto questo, bene ha fatto la Commissione a porre questo problema, perché dobbiamo fare in modo di dare soluzioni e lì nel documento ce ne sono molte. Fra l'altro voglio leggere questo documento come uno strumento, come delle dichiarazioni che tendono prioritariamente al superamento di ciò che in questi anni è stata probabilmente una difficoltà, perché no, anche di programmazione e di gestione e ha rappresentato,

per alcuni aspetti, anche un fattore di distorsione per tutto quanto attiene il fenomeno delle liste di attesa, tanto per le prestazioni di ricovero quanto per quelle ambulatoriali.

A mio avviso il fabbisogno di prestazioni non deve identificarsi con lo storico erogato, ma rappresentarne una variabile indipendente rispetto allo stesso, quindi dobbiamo commisurarli al fabbisogno di salute desunto puntualmente mediante analitici e specifici criteri epidemiologici e di conoscenza.

Detto questo, sarà poi il Presidente Busilacchi ad intervenire, sarà lui a rispondere anche ai colleghi, alle critiche che ci sono state, ma il documento tende a mettere in evidenza le difficoltà e ad indicare percorsi per superarle.

Soltanto una considerazione di carattere politico al Consigliere Bucciarelli quando, chiamando in causa la storia del Partito Comunista Italiano, fa riferimento e lo ha detto apertamente al partito di lotta e di governo. Noi qui siamo in presenza di un altro fatto che è tutto istituzionale ovvero il rispetto delle prerogative delle istituzioni, mentre la Giunta, mentre l'Assessore hanno compiti precisi stabiliti dalle leggi e dai regolamenti, il Consiglio ha un suo compito che è quello di indirizzare, di promuovere, di controllare, di legiferare, siamo dentro questo quadro istituzionale, nessuna lotta, nessuna azione di governo, ma responsabilità per dare soluzione ad un problema fortemente sentito dalla comunità marchigiana.

Sull'ordine del giorno

PRESIDENTE. Due cose prima di passare la parola all'Assessore che chiuderà gli interventi. Sono sollecitato, su questo punto, a chiudere il Consiglio regionale, anche se ci eravamo dati un obiettivo più ambizioso, vi chiedo se chiudere qua oppure, visto che qualcuno, per la verità, mi sollecita, di trattare il punto 5 relativo alle nomine. Ci vogliamo accordare su questo, facciamo le nomine poi ...

Ha la parola il Consigliere Zinni.

Giovanni ZINNI. Presidente, vorrei sollecitare, siccome è già slittata di due Consigli, la votazione della risoluzione unitaria, la n. 98/14 quella sui Segretari comunali. Eravamo d'accordo di votarla subito, anche senza dibattito.

PRESIDENTE. Va bene. Ha la parola il Consigliere Carloni.

Mirco CARLONI. Senza discussione è possibile votare la mozione n. 694?

PRESIDENTE. E' possibile tutto. Io ho la proposta di affrontare le nomine e poi le mozioni nn. 605, 694, 687 e quest'ultima sui Segretari. Ci posso provare.

Ha la parola il Consigliere Busilacchi.

Gianluca BUSILACCHI. Alla riunione dei Capigruppo abbiamo parlato anche della mozione n. 684, quella sul parent training che sta al punto 7, è unitaria, non ha bisogno di discussione, è urgente, riguarda le famiglie dei bambini autistici, progetto parent training.

PRESIDENTE. La mozione n. 684, certo! Ho le richieste di trattare le mozioni nn. 684, 605, 694, 687, l'ultima sui Segretari e, se non c'è discussione, questa cosa la possiamo fare. Le nomine le facciamo adesso o facciamo le mozione e le nomine le mettiamo fra i primi punti della prossima seduta? Non scadono? (...)

Va bene, allora andiamo avanti con le mozioni e le nomine le rinviando.

Ha la parola l'Assessore Mezzolani.

Almerino MEZZOLANI. Sarò molto breve perché gli argomenti che sono stati trattati sono ripresi da questo documento.

Saluto favorevolmente il lavoro che il Presidente della Commissione ed i Commissari hanno fatto perché credo che vada nell'utile direzione di fornire un contributo al lavoro che abbiamo fatto è che stiamo facendo per affrontare un tema a così alta sensibilità che

riguarda i nostri cittadini e sul quale, dobbiamo dirlo, i tempi che sono trascorsi, la crisi che è passata, la scarsità di risorse, i vincoli sul personale che sono derivati da ciò che è accaduto a questo Paese, hanno influito sul sistema sanitario, non fosse altro hanno rallentato quel lavoro che sta anche dentro questi indirizzi che, per la verità, avevamo già intrapreso e stiamo portando avanti.

Perché difendo questo lavoro? Perché credo, ripeto, che centri esattamente quelle che sono le problematiche che stanno dietro al problema liste d'attesa. Il documento non è qualcosa che nasce dalla Commissione, ma la Commissione ha ripreso un'analisi dettagliata di quelli che sono i lavori fatti ai tavoli nazionali. Riprendendoli e ripercorrendo in qualche modo le problematiche, concorre a rafforzare quelle che sono le soluzioni per affrontare questo tema.

Ora è chiaro che questo documento ha un senso se noi lo spogliamo da quella che può essere la facile strumentalizzazione politica che su un tema come questo può esercitarsi. Credo che questa sia una cosa da rifuggire, perché il dibattito ha reso evidente quanto complesso sia il tema. Il tema liste d'attesa è un cruscotto con molti tasti e pigiarne uno soltanto, mettendo a fuoco responsabilità che cadono su altri, su alcuni settori che sono coinvolti dentro il sistema, non ci aiuta a risolvere il problema.

Partirei da questo, dal dire che oggi questo tema possiamo affrontarlo con una maggiore serenità. Questi indirizzi sono indirizzi al di là di come li si voglia ... Ho sentito dire: sarebbero stati migliori se fatti in maniera più forte, più vincolante, saranno vincolanti per quello che riguarda il lavoro che l'Assessorato farà che discenderà dall'indirizzo che qui viene, perché è indispensabile.

Non c'è alcun dubbio che, passato il 2013, possiamo guardare a questo tema con maggiore determinazione e con più serenità e, se permettete, con qualche risorsa in più, fermo restando il vincolo che abbiamo sul personale. Qui è stato citato, lo diceva il

Consigliere Bucciarelli, che si vuole portare queste prestazioni nel privato. Non è esattamente questo lo spirito che io interpreto da questo indirizzo.

Voglio ricordare a tutti che le Marche sono la Regione con la minore incidenza in Italia del privato. Chiaro? A nessuno di noi passa per la testa di spostare quote di questa sanità verso settori privati. E' stata citata l'Umbria, benissimo, l'Umbria sta facendo liste differenziate per i suoi pazienti che sono più incavolati di quelli delle Marche, e liste di attesa privilegiate con agende privilegiate per chi viene da fuori. E' una cosa che non si può fare e che è stata denunciata al tavolo nazionale e dovrà essere rimossa.

Non ci interessa fare operazioni economiche perché quella è una pura operazione economica a danno dei cittadini di quella regione, ma è del tutto evidente che se dentro la mia regione ho dei tempi lunghi e quel paziente va nel privato, nel momento in cui deve scegliere tra il privato fuori dalla regione o il mio privato, è meglio che io accontenti la mia economia e che trovi un passaggio per aiutare questo.

Ora le risposte che stanno qui dentro, ripeto, possono essere supportate da una maggiore consistenza economica. Voglio citare Il Sole 24 Ore di ieri perché noi siamo rigorosi verso noi stessi, però dobbiamo anche portare con orgoglio quello che questa regione fa perché è merito di tutti. Il Sole 24 Ore di ieri ci dice che la regione che ha il miglior rapporto fra tasse e servizi è la Regione Marche, ci sono sei indicatori, tra questi la sanità che pesa per il 40% ed è la regione che ha chiuso meglio il 2013 con tutti i sacrifici che abbiamo fatto. Per quanto riguarda gli aspetti qualitativi il comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza ha valutato la Regione Marche adempiente per gli anni 2010 e 2011, gli ultimi di quelli trattati, lo saremo anche per gli anni a venire, successivi, con un punteggio del 73% del valore massimo conseguibile che è superiore di 2 punti percentuali rispetto alla media delle

Regioni a statuto ordinario, con una valutazione particolarmente favorevole in riferimento all'assistenza ospedaliera.

Cosa voglio dire? Non è che questo cancella tutti i problemi perché le liste d'attesa rimangono e dobbiamo lavorarci, ma dico che gli sforzi che abbiamo prodotto hanno inciso anche sull'assistenza perché è del tutto evidente che negli ultimi anni i tagli ci sono stati, non potendo assumere personale, perché è vero Consigliere Bucciarelli che abbiamo perso posti di lavoro, ma non certo per colpa della Regione Marche, noi dobbiamo corrispondere a standard che ci vengono dai dati ministeriali e che sono indirizzi di governo ai quali nessuno di noi può sottrarsi.

Cosa voglio dire? I vincoli sul personale rimangono, ricordava bene il Consigliere Busilacchi, noi possiamo utilizzare queste risorse per cercare a questo punto di incentivare, ad esempio, quelle che sono le prestazioni fatte in ospedale, cercando di allargare le prestazioni, allargando anche l'orario dei macchinari utilizzati, della tecnologia utilizzata, magari incentivando i medici interni al nostro sistema. Abbiamo in mente di investire parte di questi 37 milioni che sono derivati dalla premialità, che abbiamo avuto grazie agli sforzi fatti in questi anni, in tecnologia da concentrare in alcuni ospedali di quelli dismessi in Area vasta proprio per cercare di indirizzare lì alcune prestazioni particolarmente critiche.

Ora non è che si fa tutto domani, però è chiaro che l'indirizzo che abbiamo preso sta dentro questo.

C'entra poco il Cup su questo, capisco la questione polemica. Consigliere D'Anna, i famosi 12 milioni di euro erano quelli spalmati in 5 anni, è vero, dopo di che il Cup era stato progettato per rispondere a regime a 3400 chiamate, ne arrivano 5600 giornaliere, tant'è che lo abbiamo adeguato. E' cresciuto nel tempo, come tutte le cose che funzionano è chiaro che cresce. E' esattamente così Consigliere Natali! Essendo cresciuto va adeguato e, ad esempio, vanno separate le famose agende, altrimenti è chiara la questione dell'intasamento.

Termino dicendo che a sistemi complessi vanno date risposte di sistema. Questo documento dà una risposta di sistema a quella che è la complessità riguardante le liste d'attesa, dopodiché non credo che serva focalizzare l'attenzione sulle disfunzioni dell'uno o l'altro.

Sono stati richiamati i medici di medicina generale, i medici di base, nessuno va colpevolizzato, ma è indubbio che la medicina difensiva, piuttosto che l'inappropriatezza delle prescrizioni, sono dentro un'analisi che non è nostra, è un'analisi nazionale, europea perché le liste d'attesa non sono un problema... Tra l'altro è stata fatta un'indagine - anche questo non lo dico, guai, per esorcizzare il problema o esonerare noi stessi dall'affrontarlo - su alcune prestazioni, ne abbiamo tante Consigliere Marinelli sulle quali dobbiamo correre e siamo indietro, questo è vero, hanno preso in esame otto specializzazioni. Sei su otto la Regione Marche è sempre ai primi posti come risposta, al sesto posto e davanti ci sono le Province autonome e le Regioni autonome che hanno più risorse da spendere.

Detto questo però, serve una risposta di sistema e il tasto principale è la nostra cultura che dobbiamo cambiare, attraverso una informazione superiore che inviti il cittadino ad avere un approccio differente e consapevole al sistema ed una maggiore responsabilizzazione del cittadino, ma ovviamente di tutte le componenti. Altrimenti noi potremmo fare tutto ciò che vogliamo, ma se dentro non c'è la responsabilizzazione di chi lavora nel sistema, a partire dai cittadini, dai nostri cittadini, gli sforzi li faremo, comprimeremo le liste d'attesa in un tempo ristretto, dopodiché torneranno a dilatarsi come l'esperienza ha già dimostrato.

Credo che questo lavoro che la Commissione ed il Presidente hanno fatto, sia di grande utilità e la Giunta e naturalmente il sistema sanitario ne terrà debitamente conto in maniera forte e vincolante.

Emendamento Ris 97/001 a firma del Consigliere Bugaro, ha chiesto la parola, ne ha facoltà.

Giacomo BUGARO. Presidente, non ho parlato durante il dibattito perché aspettavo di illustrare questo emendamento, seppure in maniera estremamente rapida.

Segnalo che i conti della sanità di questa Regione sono in sostanziale equilibrio, ma bisogna vederci dentro a questi conti (...) - dopo questa citazione potrei smettere di parlare perché ha praticamente colto il mio pensiero, complimenti - ciò detto, cerco di essere assolutamente rapido e non ripercorro quanto già successo e denunciato negli scorsi passaggi rispetto alla sanità cioè il maggior trasferimento alle Regioni, ma il punto nodale, Assessore Mezzolani, è che le riforme si possono fare in tante maniere e per recuperare risorse in un'azienda, in una famiglia, in un comparto, si può agire in tante maniere. Bisogna poi vedere quali sono gli effetti che la riforma produce. Noi nelle Marche, voi nelle Marche avete fatto la riforma delle reti ospedaliere. Siete così sicuri che quel differenziale che c'è tra la mobilità attiva, circa 100 milioni di euro, e la mobilità passiva, quasi 141, rimarrà tale e la forbice si ridurrà? O noi avremo ridotto una trentina di milioni di euro di spese nella gestione e il prossimo anno, nei prossimi anni, quindi, scavallato il 2015, li ritroveremo tutti nella maggior distanza fra queste due voci che segneranno anche un punto di svolta nella qualità dei Lea. Non c'è ombra di dubbio! Se aumenterà la mobilità passiva, se ci sarà una sempre maggiore distanza tra quella attiva e quella passiva significa che il sistema sanitario regionale sarà peggiorato nel servizio erogato rispetto al modello precedente.

Su questi elementi, Assessore, mi interrogo, non solo perché sono all'opposizione del Governo regionale, ma esprimo elementi di preoccupazione rispetto al servizio che la Regione riesce e riuscirà ad erogare al nostro territorio. Se devo andare a fare una verifica della qualità della sanità, non c'è dubbio, non è la stessa di qualche anno fa e sugli elementi di modifica che voi avete introdotto, soprattutto nell'ultima fase, cioè

quella delle modifiche delle reti cliniche, dovrà esserci un confronto più ampio e ci accorgeremo, chi verrà dopo di noi, nella prossima legislatura, si accorgerà che la forbice sarà molto, molto più ampia.

(Interrompe l'Assessore Mezzolani)

Giacomo BUGARO. Era sempre frutto del vostro lavoro, quello che avete ereditato sono i 10 anni della gestione D'Ambrosio che certamente non era, ... no, la prima Repubblica lasciò alla seconda i conti in ordine per quanto riguarda il sistema sanitario regionale. Si studi i dati, li vada a vedere. La prima Repubblica lasciò alla seconda i conti in ordine della sanità regionale e lasciò un debito pubblico nazionale di 800 miliardi di euro, oggi è a 2002, ... ma nel frattempo hanno ricostruito l'Italia dal '48 al '94, non voglio fare una difesa della prima Repubblica, ma questi sono i dati ...

Concludo tornando all'oggetto della nostra discussione senza divagare, e sulla scelta dell'eliminazione del mancato rinnovo di una parte del personale, una riflessione l'avrei fatta, perché al mancato rinnovo del personale corrisponderà un calo della qualità del servizio e schizzerà in alto la mobilità passiva. Saranno sempre di più quelli attratti dalle altre regioni di quanto noi sapremo attrarne, ammesso che ci sia questa competizione.

Su questo argomento, e per questo ho presentato questo emendamento, noi torneremo anche prima della fine della legislatura, se ci darete i dati, sempre se ce li darete, e vedrete che quello che vi dico oggi, non per essere cattivo profeta, inizierà ad avvertersi.

Emendamento Ris 97/001. Lo pongo in votazione.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Sub emendamento Ris 97/01/1 a firma del Consigliere Eusebi. Lo pongo in votazione.

(L'Assemblea legislativa approva)

Emendamento Ris 97/1 a firma del Consigliere Eusebi, ha chiesto la parola, ne ha facoltà.

Paolo EUSEBI. So che lei è una persona buona e mi perdonerà, ma non ho fatto l'intervento iniziale, quindi, cercherò di essere velocissimo e onnicomprensivo

PRESIDENTE. Lei può fare tutto quello che vuole nei tempi e nelle regole date.

La prego di ritirare nei miei confronti il termine buono che respingo di principio, non mi si addice. Sensibile sì, ma non buono.

Paolo EUSEBI. Non sono d'accordo con il Consigliere Bugaro e con le argomentazioni portate sia dal Consigliere Bucciarelli che dal Consigliere Zinni. La massima legge sanitaria delle Marche, il Piano socio sanitario regionale vigente, ha un'impostazione generale di riorganizzazione motivata anche dal bisogno di risparmio, ma risponde soprattutto alla razionalizzazione per servizi più efficienti e sicuri nell'interesse dei cittadini.

Il mio emendamento vuole sottoporre, per l'ennesima volta, come tutti gli anziani forse divento mono maniaco, a questa Aula la preoccupazione che il legislatore svolge un lavoro scrupoloso di studio e di decisione come per il Piano socio sanitario regionale - allora l'ottimo Presidente Comi che ci ha fatto lavorare come pazzi, ne sa qualcosa il Consigliere D'Anna che era sempre presente e per la risoluzione di oggi in discussione, l'altrettanto buono Presidente Busilacchi - e nell'applicazione una burocrazia onnipotente e onnisciente si scorda e cavilla per ignorare la volontà del legislatore e continuare a governare i sotto processi a proprio piacere, piegando la politica con la P maiuscola, con i cavilli dalla burocrazia con la b minuscola.

Il mio emendamento prevede alcuni esempi di come quella burocrazia non si attiene rigorosamente alla massima legge

sanitaria, al Piano socio sanitario vigente. Ho citato la deliberazione di Giunta sulle reti cliniche e le deliberazioni incredibili dell'Ars sullo strano caso dell'ormone della crescita, avrei potuto citare le decisioni sul Salesi, ma poi il Presidente Busilacchi mi ha convinto che gli esempi negativi non erano stilosi e, quindi, li ho cancellati per buona pace.

Chiudo, ringraziando anch'io il Presidente Busilacchi per il lavoro fatto, caso strano ringrazio anche il dottor Ciccarelli che avrà pure tutti i difetti del mondo, ma non quelli dell'incompetenza, da cui ho imparato moltissimo in queste sessioni di lavoro, e dicendo che il lavoro fatto dalla Commissione dà delle prescrizioni in maniera garbata, dà delle indicazioni in maniera forse troppo garbata alla Giunta, sono sicuro che l'Assessore competente se ne farà carico, ho qualche dubbio che una burocrazia che non controlla nemmeno l'Assessore Mezzolani continuerà a far quel che gli pare.

Emendamento Ris 97/01. Lo pongo in votazione.

(L'Assemblea legislativa approva)

Emendamento Ris 97/1 a firma dei Consiglieri Natali, Foschi. Lo pongo in votazione.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento Ris 97/2 a firma dei Consiglieri Natali, Foschi. Lo pongo in votazione.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento Ris 97/3 a firma dei Consiglieri Natali, Foschi. Lo pongo in votazione.

(L'Assemblea legislativa approva)

Emendamento Ris 97/4 a firma dei Consiglieri Natali, Foschi. Lo pongo in votazione.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento Ris 97/5 a firma dei Consiglieri Natali, Foschi. Lo pongo in votazione.

(L'Assemblea legislativa non approva)

Emendamento Ris 97/6 a firma dei Consiglieri Busilacchi, Natali, Foschi. Lo pongo in votazione.

(L'Assemblea legislativa approva)

Risoluzione 97/14 così come emendata, la pongo in votazione.

(L'Assemblea legislativa approva)

Mozione n. 684

ad iniziativa dei Consiglieri Busilacchi, D'Anna, Camela, Comi, Bugaro, Perazzoli, Pieroni, Badiali, Eusebi, Foschi, Natali
"Progetto Parent Training"
(Votazione)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la mozione n. 684 dei Consiglieri Busilacchi, D'Anna, Camela, Comi, Bugaro, Perazzoli, Pieroni, Badiali, Eusebi, Foschi, Natali. La pongo in votazione

(L'Assemblea legislativa approva)

Mozione n. 605

ad iniziativa del Consigliere Bucciarelli
"Connessione tra lavoro notturno e neoplasia del seno"
(Votazione)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la mozione n. 605 del Consigliere Bucciarelli. La pongo in votazione.

(L'Assemblea legislativa approva)

Mozione n. 694

ad iniziativa del Consigliere Carloni
"Autorizzazione realizzazione casello autostradale Fano nord"
(Discussione e votazione)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la mozione n. 694 del Consigliere Carloni. Ha la parola il Consigliere Giancarli.

Enzo GIANCARLI. Presidente, senza voler dire nulla sulla mozione del Consigliere Carloni, però sull'autostrada A 14, sui lavori della terza corsia, abbiamo molto da dire. Tra l'altro ringrazio lei e l'Ufficio di Presidenza per aver presentato una mozione, penso al tratto Senigallia Ancona nord.

Mozione n. 694, la pongo in votazione.

(L'Assemblea legislativa approva)

Mozione n. 687

ad iniziativa del Consigliere Solazzi
“Diritti umani e democrazia in Iran”
(Votazione)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la mozione n. 687 del Consigliere Solazzi. La pongo in votazione.

(L'Assemblea legislativa approva)

Mozione n. 688

ad iniziativa del Consigliere Solazzi
“Riforma della pubblica amministrazione in riferimento alla figura del Segretario comunale”

Mozione n. 691

ad iniziativa del Consigliere Zinni
“Rivalutazione posizione all'interno della riforma della Pubblica Amministrazione dei Segretari comunali”
(abbinate)
(Approvazione risoluzione)

PRESIDENTE. Risoluzione n. 98/14 sulle mozioni n. 688 del Consigliere Solazzi e n. 691 del Consigliere Zinni. La pongo in votazione.

(L'Assemblea legislativa approva)

PRESIDENTE. Colleghi buona serata, ci vediamo martedì.

No, scusate un attimo solo, Presidente ... stamattina non me l'hanno segnalata, dov'è? Non me l'ha segnalata, non l'ho inserita all'ordine del giorno. Dico al tavolo tecnico di mettere, per la prossima seduta, al primo posto delle mozioni, la mozione che ha segnalato il Presidente Giancarli.

La seduta è tolta.

La seduta termina alle ore 14,05

IL SEGRETARIO DEL CONSIGLIO
(Dott.ssa Paola Santoncini)

ESTENSORI DEL RESOCONTO
(Daniela Giacobelli - Antonella Giampalma)