

## RESOCONTO INTEGRALE

137.

SEDUTA DI MARTEDI' 17 GIUGNO 2003

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **LUIGI MINARDI**

### INDICE

---

**Congedo** ..... p. 3

Proposte di legge (Discussione generale): «**Riordino del servizio sanitario regionale**» *Giunta (134)*

«**Riordino del servizio sanitario regionale della regione Marche**»  
*iniziativa popolare (165)* ..... p. 3

---

VII LEGISLATURA — SEDUTA N. 137 DEL 17 GIUGNO 2003 (*antimeridiana*)

---

**La seduta inizia alle 11,40****Congedo**

PRESIDENTE. Ha chiesto congedo il consigliere Grandinetti.

Proposte di legge (Discussione generale):

«**Riordino del servizio sanitario regionale**»

*Giunta (134)*

«**Riordino del servizio sanitario regionale della regione Marche**» *iniziativa popolare (165)*

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca le proposte di legge n. 134 ad iniziativa della Giunta e n. 165 ad iniziativa popolare. Riprendiamo la discussione interrotta ieri sera.

Ha la parola il consigliere Mollaroli.

ADRIANA MOLLAROLI. Riprendiamo la discussione su questo importante atto all'approvazione del nostro Consiglio in questa seconda giornata di dibattito che ha, al centro della discussione, come sappiamo, una que-

stione di straordinaria importanza quale quella del futuro della sanità della nostra regione. Abbiamo scelto — non era volontà della maggioranza — di separare la discussione tra la legge di riordino e il piano. Noi avremmo preferito, così come abbiamo chiesto alla Giunta in tutti questi mesi e così come abbiamo ottenuto, non separare la discussione della proposta di riordino da quella del piano. Questo è dimostrato dal fatto che la Giunta regionale ha presentato la proposta di riordino circa un anno fa, arrivata in Commissione soltanto pochi mesi fa, perché con forza la maggioranza ha ritenuto che non si potessero dividere queste due questioni.

La ragione da cui è partita la proposta di riorganizzare il nostro sistema sanitario, dipende, oltre che da una rilettura della sanità del nostro territorio, dalle trasformazioni profonde intervenute nella società marchigiana in questi anni e anche dallo stato di applicazione del vecchio piano, tutte questioni che il piano sanitario, del quale discuteremo domani, anche da un'altra questione, una questione che è stata ritenuta drammatica: quella della spesa in sanità. E' vero che per molti di noi, in particolare per la cultura della sinistra, la spesa in sanità è ritenuta un investimento in salute, un investimento nel sistema di protezione sociale e nella

difesa del diritto alla salute, ma sappiamo che la questione delle risorse è una questione importante con la quale fare i conti.

Ha esagerato la nostra Giunta regionale a drammatizzare la questione della spesa? Non credo, perché il contesto nel quale ci siamo trovati ad operare in questi anni, in particolare da quando governa il centro destra nel nostro paese è esattamente questo: meno risorse pubbliche per il sistema della salute, meno risorse pubbliche per le politiche del welfare in generale, meno risorse pubbliche per l'istruzione. Sappiamo che l'ossigeno economico e la centralità politica per il sistema del welfare non sono al centro dell'interesse del nostro Governo. Ricordo soltanto come pochi mesi fa abbiamo dovuto tenere una battaglia forte per impedire che venissero tagliate le risorse per il fondo unico, ricordo come questo Governo ha approvato una modifica che riguarda il prelievo fiscale nel nostro paese, quindi la preoccupazione economica credo che sia tutta fondata.

Anche se le risorse fossero aumentate e il nostro Governo avesse deciso di allineare l'Italia rispetto agli altri paesi Europei che, come sappiamo, investono in sanità e destinano molte più risorse a questo settore, credo che sarebbe un principio di buona e sana amministrazione quello di spendere bene le risorse pubbliche, spenderle in maniera consapevole, controllabile, verificabile e correggibile.

Arriviamo oggi, fortunatamente, all'approvazione di questi atti, avendo una spesa più sotto controllo, un disavanzo più contenuto, governabile, una lettura scientifica della criticità del sistema, come si riscontra dalle pagine 20 e successive del piano e dalle pagine 33 e 34. Non credo che questi erano risultati scontati e che siano obiettivi trascurabili.

Per giungere a questo punto abbiamo percorso un lungo viaggio, lungo temporalmente, agitato da discussioni e contrasti non del tutto sopiti, in particolare con le organizzazioni sindacali, ma spero e mi auguro che questo trovi una situazione positiva e mi pare che in questo senso si stia lavorando, ma sicuramente un percorso molto partecipato.

La partecipazione è oggi ritenuta dagli esperti della moderna programmazione un dato irrinunciabile. Si parla di piani regolatori parte-

cipati, di bilanci partecipati, tutti abbiamo aperto gli occhi al mondo anche rispetto a questo, abbiamo ritenuto l'esperienza di Porto Alegre come una del più significative, proprio perché richiama questo aspetto: progettare in maniera partecipata.

Accade addirittura che per predisporre alcuni atti, laddove non avvenga spontaneamente la partecipazione, la si costruisca in maniera sistematica. Questo è un bene. Nel nostro caso la partecipazione non è mancata. Sicuramente ha contribuito a sollecitare la discussione una proposta — mi riferisco alla 134, quella sulla riorganizzazione del servizio sanitario regionale e sull'Asur — che per la carica innovativa e per l'originalità è stata protagonista.

Questo ha probabilmente prodotto una distorsione e uno strabismo, caricando di maggiore attenzione il contenitore rispetto al contenuto e la riorganizzazione a svantaggio del piano sanitario. Questo è possibile. Ma io credo che sia accaduto anche altro. E' accaduto cioè che in molti, cittadini, istituzioni locali, la rete dell'associazionismo e della rappresentanza sociale e sindacale, hanno ripreso ad occuparsi di sanità. Questo non era scontato e non è stato dato in questi anni.

Ricordo come esperienza personale che facevo l'assessore nel 1998 quando è stato approvato il secondo piano sanitario, in una città significativa e non c'è stata la stessa partecipazione, anche da parte dei territori, alla costruzione del secondo piano. Erano distratti i territori? Avevano concertato più serenamente e segretamente, senza rumori obiettivi e contenuti? Non hanno esercitato con autorevolezza il ruolo che la normativa nazionale assegna loro? Può anche essere, ma è certo che un risultato positivo questo nostro processo trascina con sé: il recupero della valenza politica delle scelte sulla salute.

Perché la proposta di riorganizzazione ha suscitato tanto interesse, l'interesse prevalente? Perché lo stesso movimento sindacale, che è presente anche in questo momento in aula ha deciso di produrre una manifestazione, una mobilitazione oggi, nella giornata in cui si discute il riordino e non domani, quando si discuterà il piano, quando si discuteranno con-

tenuti e servizi? Perché oltre a ritenere che a mio parere esiste una valenza forte tra contenitore e contenuto, tra forma e contenuto, nel discutere il contenitore, cioè la proposta di riordino, noi discutiamo di un aspetto importante: chi governa la sanità, chi decide sulla sanità e su che cosa si decide.

Ho creduto francamente alla necessità di rivisitare questo sistema. Appartengo al gruppo dei Ds di Pesaro, che ieri sono stati ritenuti, nella discussione che c'è stata, i protagonisti di questa proposta e anche coloro che per primi l'hanno sollecitata. Io non mi vergogno di questo: so che appartenere ai Ds di una provincia come quella di Pesaro significa appartenere ad una parte importante della comunità politica regionale, ad un territorio che governa da anni e con grande soddisfazione e consenso le politiche locali, i governi locali, quindi rivendico, senza minimizzare, l'appartenenza a chi ha pensato questa proposta.

So anche bene — l'ho saputo fin dall'inizio — che il modello che stavamo presentando nelle Marche era un modello ambizioso, un modello inedito, che muoveva utilizzando pienamente i poteri della legislazione concorrente, che la modifica del titolo V della Costituzione consentiva. So bene che questo poteva significare anche contraddire parzialmente la normativa recente. Ma il progetto al quale noi abbiamo pensato, aveva questo scopo: recuperare alcuni aspetti insopportabili dell'aziendalizzazione, come il potere autarchico e autoreferenziale dei manager della sanità e la riconsiderazione del ruolo degli enti locali e dei Comuni. Il modello che abbiamo presentato potrà essere anche profondamente corretto e rispetto a questo non ho assolutamente problemi, se ciò determinerà un consenso di parti sociali importantissime come sono la Cisl e la Uil che come sappiamo rappresentano nel nostro territorio l'80% dei lavoratori della sanità e i lavoratori della sanità sono oltre 18.000, quindi non voglio assolutamente escludere questo. Così come so bene che il modello di governo del centro-sinistra in generale ma anche il modello marchigiano e del governo locale del nostro territorio ha sempre avuto, come referente principale e come protagonisti fondamentali le organizzazioni sindacali. Ma credo che il mo-

dello sul quale stiamo ragionando, che seppur corretto penso possa mantenere una funzionalità, ragionava su questo: l'insieme degli enti locali della nostra regione chiedeva di partecipare alla costruzione dei "progetti salute". Adirittura io ritenevo che nell'art. 1 della legge 134 si dovesse distinguere tra la funzione della partecipazione dei soggetti della rappresentanza sociale e la co-decisione degli enti locali, considerato che l'art. 114 della nuova Costituzione parla chiaro, dice da chi è oggi fatto lo Stato. E lo Stato, come sappiamo è costituito dai Comuni, dalle Province, dalle città metropolitane, dalle Regioni. In questo contesto ho ritenuto che questa proposta avesse un senso.

Ma la ragione che mi ha spinto a ritenere praticabile questa scelta è stata anche un'altra. Io ritengo, anche dalla mia esperienza personale, che quando si parla di servizi alla persona, di servizi sociali, di servizi sanitari, di servizi educativi non è mai così facile distinguere tra l'indirizzo e la gestione. Io mi sono confrontata con questi problemi e spesso mi sono chiesta: decidere un menù di una scuola dell'infanzia o decidere di appaltare un servizio di pulizia rispetto ad una ditta privata ad una cooperativa sociale che inserisce handicappati, è una scelta di gestione o contiene in sé anche degli indirizzi politici? Per questo quando abbiamo a che fare con servizi così delicati quali quelli che riguardano la salute delle persone e i servizi alla persona in genere, è sempre difficile definire con nettezza l'indirizzo e la gestione. Questo non vuol dire che sono una nostalgica dei comitati di gestione delle Asl fondati naturalmente sulle rappresentanze partitiche, ma sul ruolo più forte delle istituzioni, anche delle istituzioni locali, questo sì, lo credo fermamente.

Da che cosa nasceva quel modello 1, 13, 24 sul quale abbiamo discusso in queste ore? Oltre alle questioni già dette, quelle di una Regione che chiamava l'insieme degli enti locali a ridefinire le politiche nella sanità, credo che mantenere con forza il numero delle 13 zone e non pensare ad una semplificazione sulle province non significava negare il ruolo che l'istituzione-Provincia ha. L'istituzione-Provincia è un'istituzione importante, governa e partecipa a numerosi processi, ha poteri signi-

ficativi, ma io ritengo che sarebbe stato un errore rimettere in discussione le 13 zone, perché in questi anni le 13 Asl non sono soltanto state dei territori, un ambito geopolitico ma sono diventate una comunità politica, nel senso che i sindaci, le rappresentanze sociali di quei territori, le rappresentanze delle associazioni hanno iniziato a parlarsi, a lavorare insieme, a conoscere il sistema e a perfezionarlo.

Noi abbiamo spesso ragionato su quali possono essere gli ambiti ottimali in materia di gestione dei servizi, ci stiamo ancora interrogando su questo. Io ritengo che quell'ambito con quella dimensione dovesse essere mantenuto. Così come l'idea di semplificare i 36 distretti sanitari e riportarli a 24 mi pareva un'idea convincente, visto che da poco tempo abbiamo in itinere nella nostra regione un processo di riforma altrettanto importante e significativo, che è quello della riforma dei servizi sociali, quindi l'integrazione socio-sanitaria che è un altro asse fondamentale della riforma, ha bisogno di essere così ripensato. Quindi, dentro quell'asse c'era questo sistema. Non vedo nel processo in atto salti nel buio ma vedo rischi calcolati, vedo anche un obiettivo fondamentale che è quello che ci vogliamo dare, di mettere al riparo il servizio sanitario pubblico della nostra regione dai tentativi di privatizzazione che il Governo nazionale porta avanti in maniera molto sfrontata in queste ore e le Regioni debbono attrezzarsi per proteggersi da questo. Noi questo stiamo facendo.

Ma nel piano, complessivamente sono contenute anche altre sfide significative, che sono quelle della riorganizzazione della rete ospedaliera, per dare più risposte agli anziani non autosufficienti, affrontare le nuove fragilità sociali, ri-orientare la spesa a vantaggio della prevenzione e della sicurezza sui luoghi di lavoro, della sicurezza nelle case e nelle strade. Mi sembrano buoni obiettivi. Certo si debbono raggiungere senza impoverire i territori montani e le zone periferiche.

Io ho provato a fare una valutazione ed anche un calcolo di quanto è diffuso il nostro sistema sanitario nel territorio. La nostra regione è fatta di 246 comuni, l'attuale sistema prevede 13 ospedali di rete, 18 ospedali di polo, 36 distretti sanitari, che diventeranno 24, nu-

merosi poliambulatori, 4 aziende ospedaliere, molti presidi di riabilitazione e di lungodegenza, l'Inrca presente ad Ancona, Appignano e Fermo, la rete dell'emergenza e della riabilitazione, oltre a numerose strutture private accreditate. Ragionando rispetto a questi dati, possiamo affermare che quasi un comune su tre nelle Marche ha presidi oltre il medico di medicina generale e la guardia medica. Quindi una rete di servizi che va salvaguardata, va qualificata, va resa più equa e anche facilmente fruibile e accessibile.

Questa è la sfida della riforma che credo, in questi giorni di discussione, dobbiamo cercare di correggere nel senso del consenso sociale — e mi pare che questo si stia facendo — ma anche nel segno di due altre questioni: rendere questo sistema più equo, con più attenzione verso i soggetti più deboli. Credo che questo noi dobbiamo fare, nell'interesse dei cittadini marchigiani e nell'interesse e nella difesa della sanità pubblica della nostra regione.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Castelli.

GUIDO CASTELLI. Faccio un'osservazione che credo possano condividere in molti. Il Presidente della Giunta regionale non c'è. Ci risulta che siano possibili, auspicabili modifiche importanti, non secondarie, all'atto. Quindi delle due l'una: parlare in questo clima ovattato e poco edificante non ci consente di svolgere seriamente il nostro ruolo di consiglieri regionali, quindi o l'assessore Melappioni ci comunica se sono ipotizzabili modifiche importanti e significative all'atto, oppure io credo che ragionare oggi su un atto di cui — tutta Italia, tutte le Marche lo sanno per averlo letto sui giornali — è presumibile possano essere determinate delle modifiche, secondo me non ha senso. A questo punto è più serio sospendere i lavori, a meno che l'assessore Melappioni non sia in grado di manifestare e di evidenziare per lo meno le direttrici di quello che anche Adriana Mollaroli ipotizzava come possibile. Usiamo i periodi ipotetici del quinto grado, inventiamo il quinto grado dell'ipoteticità. Però anche per una questione di dignità di coloro i quali si sono iscritti a

parlare penso che non si possa ragionevolmente continuare in questi termini.

**PRESIDENTE.** Mi pare che l'osservazione sia da non accogliere, perché noi siamo ai fatti e i fatti ci dicono che questa seduta può andare avanti, anzi deve andare avanti, perché la Giunta è presente e ci sono degli iscritti a parlare.

Ha la parola il consigliere Benatti.

**STEFANIA BENATTI.** Presidente, assessore, colleghe e colleghi consiglieri, la proposta di Asl unica regionale ha avuto almeno un di indubbio aspetto positivo: quello di aprire un vasto dibattito nella comunità marchigiana in merito alla necessità di adeguare la nostra organizzazione ad un contesto legislativo e istituzionale fortemente cambiato, per far fronte a nuovi, impellenti bisogni di salute e di cura. Al termine di due anni di dibattito abbiamo già ottenuto alcuni risultati, ma soprattutto abbiamo maturato una coscienza comune su alcune prospettive che inevitabilmente dovranno guidare le scelte politiche future.

Tra i risultati già ottenuti ascrivo il commissariamento delle Asl che ha prodotto effetti benefici di contenimento della spesa, in secondo luogo ha permesso alla Regione di riappropriarsi di un preciso ruolo di indirizzo e di controllo. In alcuni casi abbiamo rimarcato come le aziende, in passato, rispondevano più alle richieste localistiche piuttosto che concorrere ad una gestione unitaria delineata a livello regionale. Ciò si traduceva in un aumento della spesa, soprattutto in una programmazione dei servizi che teneva conto della richiesta locale immediata ma rischiava di non produrre una effettiva risposta ai bisogni di salute della popolazione marchigiana nel medio e lungo periodo. Accanto ai risultati parlavo di coscienza comune sulle prospettive. Una prima considerazione divenuta patrimonio comune, sicuramente della maggioranza e di gran parte dell'opinione pubblica marchigiana, è quella che in futuro le risorse destinate alla sanità non aumenteranno, anzi in Italia rischiano di diminuire, dunque dobbiamo ridurre la burocrazia, snellire i servizi amministrativi per non tagliare i servizi ai cittadini.

Ci accingiamo a varare una legge di riordino e un piano sanitario che mantengono elevato il livello dei servizi e di qualità. Una seconda certezza di prospettive ci ha dato questo dibattito sulla riorganizzazione ed è il fatto che lo status quo ammazzerebbe la sanità marchigiana. Fermi non possiamo stare. Qualunque sarà la soluzione finale di questo nostro dibattito, conterrà elementi di innovazione che dovranno però essere sperimentati.

Il contesto politico, legislativo e istituzionale cui facevo riferimento all'inizio dell'intervento richiede la massima tempestività, una coraggiosa capacità di innovare, una prudente sperimentazione per non fare passi falsi.

Il titolo V della Costituzione apre uno scenario tutto nuovo alle competenze ma anche alle responsabilità delle Regioni. Abbiamo capito in questi mesi che l'architettura organizzativa aiuta ma non è tutto. La discriminante del futuro non sarà il numero delle Asl ma la scelta a favore della sanità pubblica o l'appiattimento sul privato, quindi a questo riguardo voglio dire con chiarezza che il centro-sinistra si arrampicherà anche sugli specchi, se necessario, pur di escogitare strumenti nuovi per rispondere a bisogni vecchi e nuovi comunque crescenti della popolazione.

Per il centro-destra la sanità pubblica non è intoccabile, non è una scelta di campo: se non ha i soldi il livello abbassa i livelli di assistenza. In questo nuovo scenario del titolo V della Costituzione, in questo contesto politico di un governo delle destre che vuole abbattere lo Stato sociale costruito dal centro-sinistra noi, oggi, qui stiamo studiando nuove modalità organizzative. E' vero, è un giorno impegnativo per il Consiglio regionale, ma è anche uno di quei giorni in cui sentiamo che possiamo incidere sulle scelte. Non è vero collega Castelli, che non stiamo facendo nulla. Mai come oggi la definizione ultima avverrà in quest'aula, perché saranno i consiglieri regionali che alla fine dovranno votare questa riforma. Non possiamo non sottolineare questa piena riappropriazione anche del ruolo del Consiglio. Dopo avere ascoltato per mesi tutte le voci che si sono volute esprimere fino all'ultimo minuto utile in quest'aula noi faremo la sintesi. Nessuna blindatura dunque. Diamo atto al Presidente

della Giunta e all'assessore alla sanità di non avere mai rinunciato all'ascolto delle ragioni di ciascuno ma di avere continuamente lavorato alla mediazione.

Da ultimo voglio fare una considerazione che forse risulterà impopolare, tuttavia il mio ruolo di coordinatore regionale di uno dei partiti di maggioranza, oltre che di consigliere regionale, mi impone di esprimere con chiarezza il pensiero della Margherita sul rapporto tra il capoluogo e il resto della regione e, conseguentemente, sul ruolo delle aziende ospedaliere.

Credo che dobbiamo dire ai cittadini la verità, cioè che una regione di 1.400.000 abitanti non può permettersi di seminare l'alta specializzazione per tutto il territorio. Spesso equivociamo o, peggio, giochiamo con le parole. L'eccellenza deve essere il patrimonio di ogni struttura sanitaria di questa regione, pubblica o convenzionata e anche privata. Chiunque entri in qualunque servizio, sia esso l'ospedale regionale o il distretto sperduto nella montagna deve avere garantita l'eccellenza della prestazione. L'alta specializzazione invece consiste in un numero limitato di prestazioni che richiedono altissime professionalità, apparecchiature costose e sofisticate e soprattutto esperienze acquisite con un elevato numero di interventi. Queste limitate alte specialità non potranno mai riprodursi nelle quattro province ma dovranno necessariamente risiedere nel capoluogo di regione. Noi abbiamo fatto la scelta di investire nel territorio, nei 13 ospedali di rete e non concentrare l'offerta nei 4 ospedali dei capoluoghi di provincia, quindi dobbiamo potenziare Ancona a beneficio di tutti i marchigiani e ai marchigiani dobbiamo dire la verità.

L'alternativa ad Ancona non è Macerata o Pesaro, è Milano, perché se moltiplichiamo per quattro le risorse dell'alta specialità non creiamo quattro poli di eccellenza, abbassiamo il livello di Ancona. Se per esempio abbasso il livello del Cardiologico di Ancona l'utente non va in un'altra provincia, va in un'altra regione. Allora la politica deve, piuttosto, favorire l'integrazione e il coordinamento. Restando all'esempio del Lancisi dobbiamo potenziare il dipartimento scientifico interaziendale, il

teleconsulto, già presente in alcune unità cardiologiche della regione. Sarà così possibile mettere in rete tutta la regione e fare del Lancisi il punto di riferimento che dialoga e offre consulenza a tutta la regione. La collaborazione con Pesaro è già iniziata e sta dando i primi risultati.

Agli anconetani però dobbiamo dire che, proprio per questi motivi, deve essere il capoluogo ad avviare la razionalizzazione delle strutture amministrative; Non è la definizione di azienda ospedaliera a fare di un ospedale un riferimento regionale e nazionale, è la volontà politica di investire risorse e assegnarle ruoli di coordinamento.

Quindi a tutti quelli che invocano il mantenimento dell'azienda ma non fanno proposte per il potenziamento dei due presidi monospecialistici dico che noi crediamo invece che l'azienda ospedaliera "Ospedali riuniti di Ancona" possa mostrare a tutta la regione la volontà del capoluogo di offrire un servizio unitario, completo, di alta specialità, con una modalità organizzativa nuova che nulla tolga al fruitore.

**PRESIDENTE.** Ha la parola il consigliere Novelli.

**SERGIO NOVELLI.** Signor Presidente del Consiglio, Presidente pro-tempore della Giunta, colleghi, non vorrei parlare facendo un po' di geremiadi sul fatto già segnalato da alcuni colleghi che questo è un dibattito zoppo e deplorabile. Ieri sera sembra che avremmo preso la parola, io e altri colleghi, verso la mezzanotte; A parte il disagio personale, avevamo il piacere di rivolgerci, in quell'occasione, per pochi minuti, nell'arco dell'intero dibattito di molte ore di ieri post meridiano e serale, al presidente della Giunta regionale il quale anche oggi non è qui. Non perché non mi senta gratificato dal fatto che l'assessore Rocchi assuma la presidenza, ma perché segnalo che, come ha detto qualcuno, questo è l'atto o sarebbe stato l'atto più significativo dell'intera legislatura. L'assenza del Presidente della Giunta non è una semplice svista, impegnato in cose più importanti, semplicemente tradisce il dato evidente di grave disinteresse e sgarbo istitu-

zionale che, al di là delle chiacchiere questa aula non viene trasformata in bivacco di manipoli dalle manifestazioni di protesta contro il piano, ma viene svilita da coloro che avrebbero il dovere di istituzionalizzare il ruolo, perché arriviamo a questa proposta di cui abbiamo parlato per ore ieri, oggi la collega Mollaroli, con una sincerità di cui la ringrazio ha parlato già all'imperfetto e mi chiedo se l'uso di quel tempo in particolare fosse solo un passaggio preparatorio all'arrivo del trapassato remoto o del congiuntivo imperfetto se avessimo fatto quello che avevamo pensato di fare. Non lo so, parlo non sapendolo. Segnalo che è encomiabile che il Presidente della Giunta e la Giunta abbiano affrontato questa pensata manovra di riordino con un'ampia concertazione, con un dialogo sociale con le parti, i sindacati, gli interlocutori della società civile, ma questa concertazione, sembra sommessamente a chi parla, doveva essere prodromica all'ulteriore fase del confronto con il Consiglio regionale che l'atto avrebbe dovuto licenziare ed esaminare. Che ci sia il confronto con tutti fuori — nelle stanze private, nei giardini, sui giornali — e non ci sia il confronto con il Consiglio regionale sembra, non tanto solo a me ma dovrebbe sembrare anche ai colleghi della maggioranza, una dimostrazione di disinteresse e di spregio nei confronti dell'aula, considerevole.

Posso capire che di fronte a un atto di questa rilevanza possa essere necessario un momento di attenzione e riflessione. Uno degli ultimi colleghi intervenuti ieri notte, ha detto "speriamo che la notte porti consiglio" e io mi sono detto "sarebbe la 726a notte: questo benedetto Consiglio poteva affrettarsi in una delle precedenti occasioni". Comunque non è mai troppo tardi, vediamo se qualcosa viene ad essere corretto. Però credo che sia poco dignitoso dover parlare oggi di una proposta che era presentata come salvifica, che oggi è quasi orfana, che viene annunciata come fortemente ridefinita o ridimensionata dalla stampa locale e noi non sappiamo neanche se dobbiamo confrontarci con la pdl come regolamento e correttezza istituzionale vorrebbe o con le forti correzioni di rotta preannunciate da *Il Messaggero* e anche dagli altri giornali che oggi abbiamo

letto entrando in quest'aula. Mi sembra che sia un grave vulnus.

Entrando nel merito, l'unica cosa certa è che la Giunta regionale in questa vicenda non si è ben comportata. Abbiamo tutti riconosciuto, non solo negli interventi e nel dibattito di ieri ma in quelli di questi anni, che la sanità regionale ha assicurato, grazie al lavoro degli operatori, dei quasi 20.000 dipendenti, delle professionalità di tutti e anche con il ruolo che ha avuto, dei grossi standard qualitativi del servizio prestato, sia territorialmente che nelle strutture specialistiche. Una buona qualità sanitaria di cui eravamo orgogliosi ma di cui stava crescendo la consapevolezza che fosse al di là della portata delle possibilità finanziarie dell'ente regionale se si ammucciarono deficit anno dopo anno di centinaia di milioni di euro.

A fronte di questa situazione della constatata non mantenibilità economica del livello di prestazioni, non di numero di aziende, di cui i marchigiani hanno potuto godere in questi anni, è stata rappresentata, credo con un'operazione non veritiera e ipocrita, da una parte della maggioranza, l'affermazione che il deficit sanitario era in qualche misura proporzionalmente conseguente e correlabile al numero delle aziende e che alla riduzione del numero di aziende avrebbe corrisposto una riduzione proporzionata del deficit. Ci sembrò non vero, comunque al di là di ogni valutazione soggettiva, se fosse vero e credibile che l'abbattimento del numero di aziende sanitarie locali ospedaliere aveva la possibilità di ricondurre a sostenibilità quello che era e rimane il problema della sanità marchigiana, cioè il deficit, allora questa Giunta si è comportata in maniera sciagurata, perché avendo parlato due anni fa di contenere il numero di aziende e con esso il deficit, ne ha parlato per anni, nulla facendo in concretezza e consentendo che il deficit si accumulasse e si aggravasse; Ora si sente dire che la prospettiva del "dico di fare ma non faccio" potrebbe essere ulteriormente dilatata temporalmente in norma transitoria. Se invece si ritiene, come matematica suggerirebbe, che il problema non è nominalistico di aziende ma reale di mantenimento di servizi e di razionalizzazione degli stessi per far sì che un taglio dei costi non sia abbinato a un identico

abbattimento degli standard qualitativi di assistenza, allora non aveva veramente senso, ed è stato altrettanto sciagurato da parte della Giunta, condurre per due anni un dibattito, poi lacerante, poi feroce, come se fosse un problema epocale quello del numero delle aziende, se poi dovesse uscire questa sera e dire “tutto sommato sono due anni che scherziamo, adesso vediamo cosa si può fare per tagliare i costi”. Gli scherzi piacciono a tutti, però credo che con questo tipo di scherzi la percentuale del 26% di voti faticosamente raggiunta al referendum non verrà raggiunta alle elezioni perché la gente non dà più retta a questo tipo di scherzosi intrattenitori.

L'unica cosa certa, in questo momento, è che la Giunta si è comportata in maniera scriteriata, nell'un caso perché ha fatto “ammulina” su un'ipotesi di risparmio vincolata al numero delle aziende che non era tale, nell'altro caso, perché se era tale e reale il risparmio, non ha avuto il coraggio di farlo né per i due anni passati né, sembra, per i due anni venturi.

Io non pretendo di dire “ho in tasca la ricetta per abbattere di 200 milioni di euro i costi della sanità”, anche se alcune proposte concrete le abbiamo fatte, in questi anni. Posso dire con certezza che questo vostro spettacolo gattopardesco di ipotizzare il cambiamento di tutto con la convinzione che poi nulla sarebbe cambiato, certamente non è una soluzione. Lo dico richiamando l'attenzione su alcuni aspetti della pdl.

Alcuni colleghi ieri, hanno detto “poiché la spesa sanitaria è per circa il 50% collegata al costo delle retribuzioni del personale, che è un costo anelastico — posso fare 100 aziende, una sola azienda o mezza, 20.000 stipendi tutti i mesi poi li pago — l'unico fronte di economia lo potrei aprire sugli apicali. Se io ho 13 direttori o un direttore pago uno stipendio o 13 ed economizzo su 13 stipendi. Poiché parliamo di stipendi di mezzo miliardo di vecchie lire, qualche milione di euro scappava fuori”. Non è vero. Faccio presente a me stesso e ai colleghi, che basta leggere l'art. 4, comma 7 della vostra pdl per accorgersi che anche nell'ipotesi della restrizione ad unica azienda, le aziende si riducono ma gli stipendi si moltiplicano, perché

compare comunque la figura del direttore di zona che ha la personalità giuridica, che non ce l'ha, che è una super zona, che chiamate come volete, ma ciò che avete tenuto a precisare è che avete garantito che questo direttore, sia di zona o non di zona, abbia personalità giuridica o non l'abbia, comunque si prende quanto previsto come massimo dall'art. 3 bis del “D. Lgs Dini”. Il direttore dell'Asur, siccome sarebbe un super direttore, si prende oltre il doppio. Quindi quella che si è mendacemente rappresentata come una economia almeno degli stipendi apicali, diventa un meccanismo per aumentare il numero degli stipendi apicali e, in almeno uno, sfondare anche i massimi di legge. Se questo è il concetto di economia, c'è chi ha detto che la matematica è un'opinione e questa sicuramente è un'opinione non matematica, è un'opinione politica deplorabile. Credo che la gente, su questo un'idea se la sia formata.

L'altro aspetto che mi permetto di richiamare all'attenzione del Consiglio, un po' distratto, è che non pretendo di avere ragione, però vorrei capire, nei limiti in cui la mia poca intelligenza e preparazione me lo consente, la logica: anche dietro il ragionamento dell'avversario vorrei scorgerla se c'è, vorrei vederla, se non c'è vorrei far emergere il fatto che manca.

Si è detto che la riduzione del numero delle aziende era in una logica di contenimento dei costi. Vedo che al posto delle 13 aziende locali compaiono, permangono o palingeneticamente si ripresentano 13 strutture zonali che hanno identici costi; compare un'ulteriore azienda; l'economia rimane soltanto riconducendo le aziende ospedaliere specialistiche nell'ambito di un'unica azienda ospedaliera, in cui freudianamente si tradisce la convinzione che non sia un'eccellenza regionale e interregionale. Nella prima stesura del piano, all'art. 18 il direttore del presidio monospecialistico era soggetto interlocutore con la conferenza sindacale di cui all'art. 21, cioè quella di zona, laddove vorrei che fosse chiaro che se, come noi ci auguriamo, rimane la struttura specialistica al Lancisi al Salesi — e noi non vogliamo che non sia presidio ma una struttura specialistica — l'interlocutore non è il sindaco della città di Ancona per il solo fatto

che il Salesi e il Lancisi stanno nel perimetro di Ancona, ma questo “struttura specialistica ospedaliera” si riferisce all’intera popolazione regionale e deve prestare servizi a tutti i cittadini delle Marche e non solo. Se è soltanto un rafforzamento della sanità anconetana — lo dice un anconetano — senso non ne ha.

Però quello che vorrei qualcuno spiegasse è: se lo scopo dell’accorpamento aziendale era di tipo economico, che senso ha che si mantengano in piedi le strutture aziendali con una più o meno marcata personalità giuridica, localmente sul territorio? Si crea un 14° centro di spesa come azienda regionale, si accorpano, sostanzialmente togliendo loro l’autonomia, le strutture specialistiche, cioè — e lo dico non da anconetano ma da marchigiano — i fiori all’occhiello, le eccellenze del sistema sanitario, si accorpano le due aziende Lancisi e Salesi che non erano in deficit. Per risparmiare mantengo tutte le vecchie strutture in perdita, istituisco un ulteriore carrozzone e centro di spesa, sopprimo i due soggetti che non erano in perdita; Ma qual è la logica retrostante? C’è qualcuno dei colleghi di maggioranza che riesce a spiegarmi “non hai capito che noi facciamo così perché ci sono delle ragioni in base alle quali questa era una falla economica aperta”? Non ci sono, così come — e lo dico non da anconetano, non da avversario dell’area di Pesaro, Dio me ne scampi — che senso ha, nel momento in cui si contesta l’autonomia gestionale di strutture che hanno una proiezione regionale, una gestione economicamente vantaggiosa e una riconosciuta eccellenza, non si riconosce l’autonomia aziendale a questi soggetti e la si conferma, con tutto il rispetto, all’ospedale San Salvatore di Pesaro in difesa del centro-nord?

Che c’è un problema del nord politico, geografico nella maggioranza di governo lo sappiamo, ma che il problema del centro-nord diventa un problema anche laddove non c’è un partito dichiaratamente nordista, allora perché il centro-sud no? Perché se ci deve essere un’azienda ospedaliera al San Salvatore non ci può essere anche al Mazzoni? Non lo dico per amicizia per Ascoli e inimicizia per Pesaro, dico che o l’azienda ospedaliera risponde a requisiti di eccellenza ed economicità come avviene per le strutture specialistiche, oppure

se vengono riconosciute le aziende non in base a criteri e requisiti oggettivi, ma “a capocchia”, a simpatia, al riconoscimento del peso geopolitico di ciascuna componente interna alle forze partitiche, allora veramente non si capisce come i cittadini possano comprendere, non si capisce come i cittadini possano e debbano avallare con il voto un’operazione che non può essere condivisa perché non può essere nemmeno spiegata.

Già parecchi hanno detto — lo dico ai colleghi della Margherita che hanno fatto convegni su questo — che l’affermazione dell’accorpamento delle aziende ospedaliere in un’unica azienda ospedaliera come passaggio di mantenimento dell’eccellenza specialistica, è un passaggio storicamente falso, contraddetto dai fatti. Ancona, nella storia recente di questi 20 non ha corso il rischio soltanto di perdere l’”ospedaletto” materno-infantile o il cardiologico, avrebbe perso per colpa vostra, se non vi fosse stato qualche evento, anche altre strutture. Vent’anni fa aveva un importante nosocomio specialistico oncologico, che venne distrutto dalla frana. Venne accorpato all’ospedale regionale come divisione, ma progressivamente, nell’accorpamento logistico, di sito operativo progressivamente si è persa la specializzazione, si è persa l’eccellenza, è un buon reparto di oncologia ma non ha mantenuto quella proiezione di altissima qualità che invece Lancisi e Salesi hanno conquistato e conservato anche grazie all’autonomia gestionale.

Nella Conferenza dei presidenti di gruppo ho già ricordato che già fu fatta l’esperienza dell’accorpamento di Lancisi e Salesi con l’ospedale regionale e fu un’esperienza che andava, come già quella dell’oncologico, nel senso del progressivo annacquamento dell’eccellenza della specialità nella struttura unica. Del resto mi sembra abbastanza ovvio ed inevitabile, non so in che termini possa essere condivisibile. Credo che l’esperienza di togliere al Salesi e al Lancisi l’autonomia gestionale, non possa essere in alcun modo creduta prodromica del mantenimento delle eccellenze. Qualcuno ha affermato “dire che i direttori di presidio monospecialistico negozieranno con il direttore dell’azienda ospedaliera i budget,

cosa vuol dire?”. Alla fine chi sceglie, chi organizza? Perché il direttore dell’azienda unica regionale dovrebbe preoccuparsi più dell’eccellenza cardiocirurgica che di quella oncologica o altro?

In questi giorni sui giornali, che sono il principale veicolo di informazione turistica anche di noi che saremmo teoricamente partecipi della funzione legislativa dell’Assemblea delle Marche, abbiamo letto in parallelo sull’altra pagina che ci annunciava di questa navigazione procellosa tra gli scogli del piano sanitario, che anche il “geriatrico”, nell’ambito dell’azione dell’attuazione, finalmente, della normativa di riordino degli istituti scientifici di carattere nazionale, avrà una allocazione strategica, conforme con la sede legale che già attualmente è laziale e non marchigiana, per cui Ancona potrebbe perdere anche il “geriatrico”. A questo punto in Ancona che ha perso non per colpa vostra ma per la frana l’oncologico, che perde adesso pediatrico e cardiologico, che potrebbe perdere il geriatrico per colpa del Governo... Alla fine del “viadotto della Ricostruzione” c’è un cartello che indica “Giunta regionale” da una parte e “ospedale” dall’altra. Quel cartello diventerà un reperto dell’epoca in cui Ancona città aveva sei ospedali. Presto ne avrà solo uno, logisticamente collegato a Torrette, quindi quasi non raggiungibile dalla città nei momenti di traffico e di punta. Dove c’erano sei nosocomi, alcuni dei quali di eccellenza e di rilievo per il centro-sud, rimarrà soltanto un carrozzone. Buon risultato? Difendibile? Può seriamente sostenersi che comunque, nell’accorpamento, sopravviverà? Io questo non lo credo e non capisco le ragioni che vi hanno condotto a questa scelta che non ha ragioni logiche. Ascolterò con curiosità, se qualcuno mi spiegherà, perché Lancisi e Salesi devono essere soppressi, tutte le altre aziende possono rimanere, compreso il San Salvatore, per motivi più politici che sanitari, e verrà istituito un ulteriore carrozzone, l’Asur.

Mi rendo conto che siamo qui dopo una scelta sofferta. Sono due anni che parlando di risparmi e non concretizzandone la maggioranza conduce questa penosa, non simpatica vicenda, del riordino sanitario. Abbiamo detto “cercate di fare per il meglio, comunque cerca-

te di fare presto”, perché se la situazione richiede interventi ci siano, se non siete pronti, dopo due anni che aspettiamo non è che ci stracciamo le vesti oggi, il problema, come diceva Giannotti, è che si rischia di fare come quei cartelli nei negozi: “oggi non si fa credito, domani sì”. Temo che voi siete pronti a ripianare la situazione del deficit sanitario soltanto domani, ma non domani 18 luglio, un eterno e immediatamente sfuggibile domani, senza poter mai portare a concretezza, poiché, in effetti, progettualità non ce n’è.

Oggi il Presidente della Giunta non è qui perché sta elaborando, nella concertazione e nel dialogo sociale, una proposta di riordino sanitario che se è questa non si capisce perché riaprire, se è innovativa, sono due anni che di mese in mese ci viene detto “il mese prossimo vi diamo la riforma sanitaria”, oggi sembra il secondo giorno più caldo del dopoguerra: si poteva rinviare di una settimana se dopo due anni tanto vi serviva un’altra settimana per mettere a punto modalità e finalità di questa riforma. Se invece ha ragione Giannotti, che non vi serve una settimana ma che non sarete pronti mai fino alla fine della legislatura, si dica “non siamo capaci di fare un riordino sanitario”. La gente in fondo già l’ha capito, credo che possa dare anche ormai per scontato e metabolizzato questo dato, evitiamo di condurre in quella che mi sembra una totale ipocrisia e mancanza di giustificazione, una serie di scelte che sono solo penalizzanti per la sanità regionale.

Noi abbiamo fatto una serie di emendamenti migliorativi, un po’ controvoglia, un po’ nella convinzione che non ci sarà spazio di miglioramento ma solo per un estenuante prosieguo di questo braccio di ferro interno alla maggioranza, che ha non solo svilito il ruolo istituzionale di quest’aula, che si rende conto benissimo di essere esautorata, ma anche e soprattutto il rapporto fra amministrati-contribuenti e amministratori eletti.

Dicevo che questa regione ha avuto il riconoscimento unanime — anche la minoranza non ha avuto difficoltà a tributarlo — un elevato standard di assistenza sanitaria. Il livello qualitativo delle prestazioni è stato molto buono; ha anche avuto un record che la mag-

gioranza deve accollarsi senza ipocrisie, di regione più tartassata d'Italia. Sotto il profilo fiscale il costo del deficit sanitario ci ha fatto avere la tassazione addizionale più esosa d'Italia. Certo colleghi della sinistra hanno detto tutti che siamo in una fase di contrazione della spesa del welfare in Italia, potremmo dire anche in Europa, perché purtroppo ci sono indicazioni di questo tipo, per esempio in Germania, dove il livello del welfare è più alto dell'Italia. Certamente che i tempi siano di vacche magre, di ristrettezze per tutti è vero, che le colpe siano di questo Governo, del precedente o del prossimo è esercizio politico che possiamo fare fino alla nausea, ma non cambia i termini della questione. Il dato certo è che se in tutta Italia il fondo sanitario è tiranno, avaro, un letto di procuste in cui bisogna riuscire a comprimere il costo della spesa, non in tutta Italia c'è il deficit sanitario pro-capite più alto del paese, quello c'è solo qui. Quindi ristrettezza dappertutto ma deficit insostenibile, qui più che altrove. La colpa non può essere sempre degli altri, specialmente quando si ha la maglia nera. Può essere che gli altri hanno corso di più, può essere che io ho pedalato piano, ma siccome abbiamo riconosciuto senza difficoltà l'alto livello qualitativo — del resto anche pubblicazioni non politiche riconoscono alle Marche un'elevata qualità della vita anche per merito della buona assistenza sanitaria — credo che la maglia nera del deficit meno sostenibile sia difficilmente contestabile. Di fronte a questo dato non si può rispondere con due anni di chiacchiere, ai quali sembra si aggiungeranno ulteriori due anni di discussioni altrettanto defatigatorie. Mi sembra che se oggi la maggioranza doveva darci le indicazioni di una strategia ha mancato. Ha mancato la maggioranza consiliare, ha mancato in maniera contumaciale, da disertore, la Giunta. Il dibattito stato quindi mutilato dal fatto che stiamo parlando non sappiamo bene di cosa e non sappiamo bene con chi riusciamo e con chi non riusciamo a interloquire.

ROBERTO GIANNOTTI. Vorremmo sapere dov'è il Presidente. Che stia male?

SERGIO NOVELLI. Non ha chiesto con-

gedo. Anche se non è in congedo ritengo che non stia bene, ho detto prima che è contumace. L'imputato può avere la facoltà di non rispondere, lui non è l'imputato, era anche magistrato, credo che l'avvalersi della facoltà di non rispondere sia comunque, essa pure, un dato politico.

Visto che questo dibattito è stato rinviato, procrastinato in maniera estenuante per due anni, credo sia il caso di valutare se non si debba sottoporre al giudizio dell'aula un voto di sospensione, per consentire al Presidente di rimettersi se la sua è una indisposizione temporanea, alla concertazione di concertarsi se è un problema di ore. Se invece siamo al naufragio prenderne atto e trasferirci al mare, perché mi sembra veramente che andare avanti così faccia poco onore a questo Consiglio di cui siamo tutti partecipi, ma soprattutto sia penalizzante per la maggioranza che più di altre componenti ha diritto che funzionino le cose.

Quando passo in tribunale — ci sono molti colleghi che hanno fatto i consiglieri regionali in passato, sono stati nella politica — il giudizio unanime di tutti, credo non solo dell'ambiente forense ma di tutti i marchigiani, è che questa è la peggiore legislatura della storia del Consiglio regionale delle Marche dal 1970 ad oggi. E' un primato che abbiamo cominciato insieme noi e voi...

MARCELLO SECCHIAROLI. Eventualmente è colpa di tutti.

SERGIO NOVELLI. E' colpa di tutti. Come sempre si dice, "maggiori responsabilità, maggiori meriti, maggiori demeriti". Io mi difendo sempre da chi dice "questa è la peggiore legislatura della storia", dicendo "aspetta a vedere la prossima". Dico che la prossima legislatura potrebbe essere la peggiore, perché arrivati in fondo si può cominciare a scavare, tuttavia credo che, per quanto di competenza, ognuno dal proprio banco di opposizione, di maggioranza, assessorile, uno sforzo per cercare di riportare il dibattito almeno a correttezza e serietà, recuperando uno standard di decenza, dovrebbe farlo. (Interruzione). A volte mi viene da chiedermi se il Presidente della Giunta gli incontri con voi li ha fatti in maniera abbastan-

za esaustiva, soddisfacente e completa, perché talvolta viene da pensare che non vi siate detti proprio tutto quello che volevate dirvi, però tutto è migliorabile, credo di avere esternato i sensi dell'insoddisfazione che non è della minoranza consiliare ma della maggioranza degli amministrati, lo avete constatato, chi non ci crede può anche fare un salto fuori a farselo spiegare dagli amministrati. Credo che questo documento che è stato varato dopo anni di elaborazione, oggi ne parlate all'imperfetto, domani non so con quale costruzione verbale dell'irrealtà ne parleremo o ne parlerete, non sia sicuramente lo strumento per dare né una risposta al deficit sanitario, neanche per ridare all'istituzione Consiglio quella attendibilità che abbiamo tutti registrato essere fortemente appannata nel rapporto con i nostri amministrati.

**PRESIDENTE.** Ha la parola il consigliere Tontini.

**ROBERTO TONTINI.** E' sotto gli occhi di tutti l'importanza dell'atto che stiamo discutendo per la portata e per i contenuti che ha relativamente a una materia che forse più di ogni altra sta a cuore ai cittadini. Discutiamo oggi della riorganizzazione e successivamente discuteremo del piano sanitario. Ma la materia è di grande rilievo e di grande interesse per la nostra regione. Lo dimostra il fatto che dall'esito, in parte, anche della discussione attorno a questo tema, ne andrà del futuro della nostra regione, di quale governo della Regione Marche pensiamo si debba avere nel futuro. Se una Regione che affronta solo ed esclusivamente il tema della sanità, o una Regione, come vogliamo noi, capace di continuare in una politica di grande programmazione, oltre che della salute, economica, sociale, una Regione che continua ad essere elemento di governo strategico. E' di fondamentale importanza il peso che la sanità occupa nell'ambito del governo della Regione Marche, così come delle altre Regioni d'Italia. Oggi ancora di più, dopo che le innovazioni dovute e volute anche dal titolo V della Costituzione, affidano alle Regioni tutti i compiti relativamente alla sanità, oltre all'autonomia economica e finanziaria, cosa partita dal 2002 e voluta fortemente dai governi di centro-sini-

stra del nostro paese, in una logica e in un processo che sempre più va nella direzione di un'autonomia forte dei territori e delle Regioni, in una sorta di processo che sempre più va nella direzione del federalismo, un federalismo corretto, sano, partecipato e solidale, quello che abbiamo con forza sostenuto come Governi nazionali di centro-sinistra e che tutt'oggi continuiamo a sostenere, a differenza di chi nasconde, dietro le teorie del federalismo, come sta facendo tutt'oggi la Lega, con ipotesi di devoluzione che nulla hanno a che fare con un vero, reale federalismo, nulla hanno a che fare con un concetto pieno di unità nazionale, ma anzi rischiano di parcellizzare la sanità della nostra regione, del nostro paese, di non avere più un sistema sanitario nazionale.

Noi tutto questo non lo vogliamo e i ragionamenti che questo piano si porta dietro vanno nella direzione di un processo di federalismo solidale, di responsabilità dei territori delle Regioni ma nell'ambito di un contesto nazionale, di un piano sanitario e di un sistema sanitario nazionale universalistico e solidale.

E' chiaro quanto pesi tutto questo sul bilancio regionale: l'80% in un trend mondiale della sanità che vede i costi relativamente a due fattori nella stessa sanità: la continua innovazione tecnologica, che comporta aumento di costi e l'aumento continuo di domanda di sanità qualificata. Vede complessivamente nel mondo un continuo aumento dei costi di gestione della sanità.

Dobbiamo fare i conti con questo, nell'ambito di un processo di qualificazione della sanità e della compatibilità economica che questa deve avere. Non credo sia superfluo ricordare che l'Europa spende più per la sanità di quanto spende il Governo italiano. Noi copriamo il 5,8% del pil, la Francia il 7% e la media europea è superiore. Ci ricordava ieri in un'intervista il ministro Sirchia, che oltre al 5,8% che spende lo Stato italiano, i cittadini spendono un ulteriore 2% rivolgendosi alla sanità privata per trovare tutte le risposte necessarie.

In questo quadro il tema della sanità è regionale, ma è anche un tema nazionale e qui si confronta la differenza dell'impostazione delle due linee. E' vero che questo Governo sta

applicando quanto in parte deciso dal Governo precedente relativamente all'autonomia e alla responsabilità delle Regioni. E' vero che c'è stato l'accordo nell'agosto del 2002 tra la Conferenza delle Regioni e il Governo, relativamente ai fondi da destinare alle Regioni per le spese sanitarie ed è anche vero che in quell'occasione c'è stato un aumento rispetto all'anno precedente, ma ci si scorda di un fatto fondamentale: è differente in profondità l'impostazione di autonomia che il Governo di centro-sinistra affidava alle Regioni rispetto a quella di questo Governo. Quello che il Governo Amato aveva deciso e definito relativamente a questo terreno partiva da un presupposto: se è vero che le spese della sanità debbono essere a carico delle Regioni e questo dovrà per forza di cose prevedere il fatto che le Regioni, per poter far fronte ai costi della sanità, al pareggio di bilancio non facciano più il rendiconto a piè di lista ma lo coprano con tagli e tasse — e sappiamo che tutte le Regioni d'Italia, grosso modo, hanno messo le tasse — a questo deve corrispondere a livello nazionale una diminuzione delle tasse nazionali. E il Governo di centro-sinistra Amato prevedeva che, a partire dal 2002, insieme alla responsabilizzazione piena dei bilanci delle Regioni vi fosse un 1% di diminuzione all'anno di Irpef, per tre anni, quella diminuzione di Irpef che sarebbe stata compensata con gli aumenti che già si prevedeva essere necessari per mantenere il livello di sanità che si voleva mantenere.

Di tutto questo il Governo di centro-destra si è dimenticato e a fronte della promessa di diminuzione di tasse questo non è avvenuto, tanto è vero che oggi ci troviamo di fronte a conti in rosso o con difficoltà dei bilanci nazionali che non permettono una reale diminuzione delle tasse, ma al contempo ci troviamo di fronte ad un aumento delle tasse locali, regionali e comunali, dovuto in gran parte a tagli avvenuti. Questo sta comportando il venir meno ad una promessa che il centro-destra aveva fatto relativamente alla tassazione. Credo che questo sia importante ricordarlo ai cittadini, perché credo che la politica abbia e debba avere anche questo compito di riportare sempre le discussioni, ancora di più quando si tratta di un

tema come quello della sanità a tutte le componenti e tutte le questioni che lo condizionano.

La sanità oggi per noi comporta all'incirca l'80% rispetto al nostro bilancio. La sanità della nostra regione, come quella del nostro paese, altri hanno giudicato di grande qualità, come l'OMS in primo luogo. Una sanità ai primi posti, sia quella del nostro paese che della nostra regione, non solo per qualità e durata della vita, ma anche per cosiddette "morti scampate", cioè per quella parte di contributo che la sanità e le cure sanitarie svolgono nell'aumentare la durata della vita. Siamo tra il primo e il secondo posto in termini di qualità della sanità erogata e dell'incidenza che il nostro sistema sanitario regionale ha rispetto ai tempi di vita.

Noi vogliamo mantenere questa qualità, sapendo che quello che vogliamo difendere con forza è un sistema di sanità pubblica universale e solidale, a differenza del Governo nazionale che, senza dirlo, molto spesso, cerca invece di modificarlo fortemente e di spostarlo, introducendo il meccanismo delle assicurazioni private. Ieri il ministro Sirchia l'ha detto sotto altra forma, in maniera molto più edulcorata ma di questo si tratta. Invece noi vogliamo difendere — questa riorganizzazione punta a ciò — un sistema di sanità pubblica, solidale e universale.

Per fare questo dobbiamo mantenere alta la qualità e dobbiamo vincere la scommessa della compatibilità economica, rispetto alla quale il Governo centrale ci chiama, perché vuol dimostrare che questa sanità non si regge economicamente, che è una sanità che non produce risultati positivi per la salute e vuole far passare, come dice nell'intervista il ministro Sirchia, una sanità di serie A e una sanità di serie B, perché di questo si tratta, se si afferma, come ieri il ministro ha affermato, in un'intervista a *Repubblica*, che si deve riscrivere il patto con i cittadini, dividere qual è il livello di tasse che i cittadini devono sopportare per la sanità e sulla base di questo definire quali sono i livelli di servizi sanitari che si possono offrire, dopodiché debbono entrare le assicurazioni private che debbono essere convenzionate all'interno degli ospedali, determinando che dentro un ospedale chi ha più soldi avrà un servizio sanitario di serie A, coperto dall'assicurazione,

chi non ha l'assicurazione privata avrà un servizio di serie B, quello che noi non vogliamo fare, perché noi siamo convinti che il diritto alla salute è uguale per tutti, dal cittadino ricco al cittadino povero. Ci si distingue, relativamente al contribuire alle spese della sanità, così come a tutte le spese che uno Stato sostiene, comprese quelle sociali e della salute, attraverso le tasse. Infatti chi ha più soldi deve pagare di più, ma in termini di fisco, di sanità. Il contrario di quello che vuol fare il Governo di centro-destra, anche nell'ipotesi di riforma fiscale, a regime vedrà grandi diminuzioni di risorse economiche e di tasse al centro-destra per mantenimento e aumento di tasse in proporzione alle fasce più deboli, in uno scambio che dice a chi ha più soldi "ti diminuisco le tasse, perché attraverso quella diminuzione tu mi paghi le assicurazioni private e io modifico il sistema sanitario".

Dietro la riorganizzazione c'è questo. Non è un qualche cosa di burocratico-organizzativo. C'è dietro l'idea di un modello di organizzazione della sanità che deve rispondere a questa scommessa, che deve essere capace di aumentare il livello della qualità dell'offerta sanitaria della nostra regione, rafforzando i momenti di governo e di programmazione della sanità, che sono gli unici elementi che possono garantire e determinare la compatibilità economica, cosa con la quale dobbiamo fare i conti.

Abbiamo discusso a lungo attorno a questo tema, è un anno e mezzo che discutiamo, ma credo che sia una discussione lunga ma importante, una discussione che complessivamente, per chi ha avuto orecchie per intendere — e sono tanti in questa regione — ha lasciato un segno positivo, ha aumentato il livello di discussione e di significato nel parlare oggi di salute piuttosto che di sanità, ha significato che cosa significa un modello di governo di centro-sinistra che noi vogliamo portare avanti nella nostra regione, che non significa comando ma volontà di partecipazione, ricerca di partecipazione, in un tentativo continuo che si sta misurando anche in queste ultime ore, di costruire, intorno ad un tema così importante, il consenso o comunque la partecipazione delle forze economico-sociali, degli operatori e dei territori,

perché sappiamo che una materia di così grande importanza e rilievo non si risolve attraverso il comando ma attraverso la partecipazione, la condivisione degli obiettivi di fondo che si vogliono raggiungere. Ecco perché è una lunga discussione, ecco perché qualcuno ride, ma proprio in queste ore si sta cercando di capire, di entrare nel merito delle questioni, uscendo, qualche volta, da una discussione nominalistica, numerica sulle Asl, per entrare nel contenuto, nei compiti di quello che uscirà fuori da questo modello organizzativo che con il riordino andremo ad approvare di qui a poche ore, in questi giorni. E' un modello di grande innovazione e penso anche di grande coraggio, che esce dagli schemi di un'abitudine di ragionamento che per certi versi ci ha attanagliato per lungo tempo, una discussione sul numero delle Asl, quasi che la soluzione dei problemi del governo reale della sanità e della compatibilità economica della sanità passasse solo attraverso un discorso di riduzione numerica delle Asl. Si è discusso per lungo tempo se debbano essere 13, 9, 7, 4, 1: tutto in un contesto di ragionamento che si rifà ad una impostazione che vede nelle Asl così come le abbiamo viste in questi anni qualche cosa di imm modificabile. Noi pensiamo invece a qualche cosa di differente, di profondamente innovativo. Il ragionamento che stiamo portando avanti con questa proposta, cerca di vedere impostato in modo differente il governo della sanità della nostra regione, intanto cercando di applicare in pieno quell'autonomia che ci deriva dalla modifica del titolo V della Costituzione, quindi una reinterpretazione del 229 che ha comportato una eccessiva aziendalizzazione della sanità del nostro paese. Questo è un tema che ci poniamo come uno dei temi da modificare attraverso questa riforma organizzativa. Abbiamo assistito, in questi ultimi anni, a una eccessiva aziendalizzazione della sanità nel nostro paese. Con questa nostra proposta di riordino uno degli obiettivi che ci poniamo è proprio questo.

Abbiamo visto in questi anni, nei direttori delle aziende sanitarie locali, gli unici ed esclusivi interpreti dei piani sanitari regionali. Questo non può funzionare; non può essere in capo ad una sola persona l'interpretazione autentica e totale dei piani, perché questo ha

significato e comportato, per certi versi. La Regione marche nel 1998 ha fatto il piano regionale sanitario, poi gli unici interpreti che avevano i poteri reali per dare esecuzione a quel piano erano i direttori delle aziende sanitarie. Qualche volta l'hanno fatto bene, qualche volta non l'hanno fatto bene, qualche volta questa totale autonomia ha comportato una duplicazione, una concorrenzialità sbagliata che ha portato a duplicazioni anche di offerta sanitaria, con aumento dei costi. E quando, politicamente, qualche volta si è cercato di intervenire — abbiamo visto casi eclatanti nella nostra regione — quando la politica, gli eletti e il governo di questa Regione hanno cercato di intervenire nei confronti di qualche direttore di azienda per cercare di modificare scelte sbagliate che stavano compiendo, hanno avuto grandissime difficoltà, perché i poteri, così come previsti e assegnati ai direttori delle aziende, davano loro totale autonomia. Questo è uno dei temi che ci poniamo di modificare, non attraverso una centralizzazione regionale. Nessuno di noi, di questa maggioranza ha mai pensato che l'idea di Asl regionale possa e debba rappresentare una centralizzazione, non è nello spirito di quello che stiamo cercando di fare. Lasciare allora le cose come stanno, come qualcun altro dice entrando in contraddizione tra i due livelli di critica? Neanche questo. In realtà cambieranno le cose se questa proposta, come noi pensiamo, passerà di qui a poche ore. Cambieranno i compiti e le funzioni, aumenterà la capacità di governo regionale della sanità, perché al livello regionale verranno riportati compiti e funzioni attribuiti alla Asl regionale, di governo della sanità e di maggiore capacità di programmazione, e verrà mantenuta nei territori la gestione della sanità, ma aumentando un livello di partecipazione che prima è mancato: quello degli operatori della politica locale, ma soprattutto degli operatori sociali e sanitari che sono stati una parte staccata, quasi, nell'amministrazione e nella gestione della sanità negli ultimi anni. Infatti le funzioni che attribuiamo in questo piano nell'andare a individuare la conferenza dei direttori di zona da un lato, ma ancora di più la conferenza socio-sanitaria regionale, o i compiti e le funzioni della conferenza dei sindaci all'interno delle singole zone

stanno a rappresentare un meccanismo che chiede e vuole più partecipazione. Questo stiamo cercando di fare con questo piano sanitario e vorremmo che il confronto su questo si misurasse, non su una sterile polemica nominalistica o numerica, ma sui contenuti di quanto stiamo portando avanti. Non sempre ci siamo riusciti e in questo, forse va fatta un'autocritica da parte nostra. Non sempre siamo riusciti a spostare il dibattito fino in fondo sui contenuti di quanto stiamo portando avanti, ma di questo si tratta. Così come la polemica che diventa quasi nominalistica, sulla personalità giuridica o meno delle zone. Rischia anche questa di diventare nominalistica. E' chiaro, nella proposta che siamo andati a fare, quali sono i compiti e le funzioni delle zone...

...equilibrio tra qualità della vita e caratteristiche sociali della vita della nostra regione e sviluppo economico, benessere complessivo. Di fronte a tutto questo, a una grande sfida che noi lanciamo vedo una Casa delle libertà che molto spesso è sorda, che non risponde ai contenuti della sfida che cerchiamo di lanciare o che evita di rispondere, perché è in difficoltà. Lo testimoniano gli emendamenti proposti in Commissione sanità da Alleanza nazionale, ad esempio, che di fronte a tutto questo fa la scaletta degli emendamenti e dice: 13 Asl, 9 Asl, 6 Asl, 5 Asl. Dimostra quindi quanto si cerchi di sfuggire dai contenuti della sfida che stiamo proponendo. Pur apprezzando alcune delle cose che nel suo intervento ieri il consigliere Brini ha detto, in parte anche l'atteggiamento di Forza Italia va in questo senso e nei territori vuol dare l'impressione di essere quella che difende tutto e tutti, evitando sempre di ricordare quello che dice il suo ministro Sirchia e non dicendo mai qual è l'impostazione che il ministro Sirchia sta cercando di portare avanti, quell'impostazione che noi cerchiamo di ostacolare e alla quale ci opponiamo con forza, per mantenere la sanità pubblica.

Ecco perché rispetto a questo vedo una sorta di sordità che deriva dal fatto di non entrare nel merito dei contenuti di quello che cerchiamo di proporre, ma tenta di dipingere o di attribuire un significato diverso da quello che vogliamo proporre, per confrontarsi con quello. Quindi un'immagine, uno specchio de-

formato che si vuol far apparire essere la proposta del governo di questa nostra Regione. Ma credo che i cittadini non cadranno in questo inganno e, così come stanno aprendo gli occhi sempre più a livello nazionale anche su questi temi, nelle prossime settimane avranno modo di capire qual è la portata della scommessa, della sfida che lanciamo, la voglia di chiamarli a partecipare attorno al governo della sanità, lo sforzo, l'impegno che stiamo cercando di mettere in questo meccanismo nuovo di governo della sanità per cercare di stimolare la partecipazione, la condivisione degli obiettivi, la definizione comune dei bisogni della salute.

Quindi una proposta di grande innovazione, che testimonia la capacità di governo riformatore di questa Regione negli anni in cui il centro-sinistra ha governato.

Sappiamo che, come in tutte le innovazioni, vi sono dei rischi: la capacità di monitorare giorno per giorno, mese per mese, le novità che questo meccanismo organizzativo determinerà e comporterà. Ecco perché, anche qui, vogliamo che sia alta e forte la partecipazione, perché vogliamo che il controllo non sia solo nostro ma che la Regione sia aiutata nel controllo e nella verifica di quanto, quello che stiamo facendo in termini di organizzazione, produrrà nel territorio. Questa collaborazione la chiediamo alle forze economiche, alle forze sociali, agli operatori della sanità, alle amministrazioni locali, ai cittadini della nostra regione, nell'idea e nell'intento di salvaguardare la sanità pubblica, la sanità universale ed un modello di governo che fa della partecipazione e del consenso uno degli obiettivi e dei mezzi di fondo per un buon governo.

**PRESIDENTE.** Ha la parola il consigliere Romagnoli.

**FRANCA ROMAGNOLI.** Non parlerò un'ora per consentire a qualcuno di arrivare, altrimenti non c'è altra spiegazione di come questa mattina siamo prodighi nel tempo. Anzi rimarco, così come i miei colleghi hanno fatto prima ed hanno fatto anche ieri sera, l'assenza pesante del Presidente della Giunta. Raramente io mi sono sentita mortificata nella mia funzione politica come ieri sera quando, fin dalle 16

c'era l'impressione che il dibattito era già dato, che stavamo parlando di qualcosa che era già superato e che, dopo un anno di scippo di questo tema dall'aula — perché in ogni sede non istituzionale abbiamo parlato di piano sanitario e di riordino, ad eccezione che in aula, in Commissione soltanto da poco — ancora si procedeva ad offendere i consiglieri regionali, ad offendere il Consiglio, ad offendere soprattutto i cittadini delle Marche, parlando ancora di riordino e di piano sanitario fuori di questa stanza.

Noi eravamo pronti per una discussione che, ripeto, era già superata dai fatti. La riprova è stata poi l'ingresso del Presidente D'Ambrosio in aula, che ha visto subito formarsi il capannello — in maniera anche qui irrispettosa — della maggioranza e una sorta di riunione estemporanea in aula, di maggioranza, che peraltro ha visto un po' in disparte lo stesso assessore, per riferire quello che era avvenuto. Quindi la cosa si è svolta tra il Presidente, il sindacato e pochi intimi.

Oggi discutiamo di qualcosa che appare sui giornali, di qualcosa che sicuramente è cambiato, mentre continua un atteggiamento fuori luogo di provocazione e di arroganza da parte della sinistra che ieri, addirittura, ci invitava, come simpaticamente fa quasi sempre Silenzi, a fare la nostra controproposta, mentre ancora non era pronta la proposta della Giunta. Mentre la pdl verrà probabilmente, si cercava di dire a noi opposizione di essere chiari e ci si portava in giro sul numero delle Asl, su cui ancora oggi voi stessi state discutendo, Tontini. Se il problema era marginale, se la personalità giuridica già c'era, mi chiedo quale sia l'oggetto della ulteriore trattativa che si sta svolgendo con i sindacati. Di fatto verrà, ed è avvenuta, una clamorosa marcia indietro di questa Giunta, una marcia indietro che ci conforta parzialmente. E' certo che sono vittoriosi tutti quelli che all'Asur non credevano, sono vittoriosi anche quelli che Novelli da tempo chiama i "malpancisti" della maggioranza, coloro che manifestavano dei disagi e che ieri sono venuti fuori allo scoperto: vittoriosa la Cgil, vittoriosa la Cdl in particolare, che non ha consentito di recuperare mezzo voto di quelli che in maggioranza non riuscivate a recuperare sulla proposta

di riordino, sul piano sanitario. Un'opposizione compatta, forte, visibile, seria.

Però vorremmo sapere di che cosa dobbiamo parlare, per essere in grado di esprimere con serietà e anche con cognizione e con competenza il nostro giudizio su questa proposta che è stata, molto probabilmente, modificata. E' una marcia indietro perché si parla di personalità giuridica delle zone, si parla di quello che pervicacemente era invece, in un primo momento durato un anno, stato negato. Si disse che proprio nella personalità giuridica delle zone, quindi delle Asl, consisteva il male peggiore, quindi la maggior fonte di sperpero e l'impossibilità di risparmio e di razionalizzazione. Si è detto che proprio eliminando queste Asl si potevano raggiungere quei risultati contabili e finanziari di cui, proprio nella narrativa del piano sanitario si parla, dove addirittura si ipotizzava un buco di 420 milioni di euro nel 2005, qualora non si fosse provveduto alla riorganizzazione, nel senso appunto della negazione della personalità giuridica, e oggi si dice che tutto questo è compatibile.

Noi vogliamo innanzitutto sapere quale sarà l'ulteriore proposta di risanamento, visto che difficilmente può avvenire da 13+1, se l'Asur resterà. Io parlo al futuro, Mollaroli ha parlato all'imperfetto, perché giustamente diceva "eravamo convinti di...", "pensavamo di...", "facevamo...", "ritenevamo...". Io parlo al futuro e ritengo che la proposta non sia ancora intervenuta, pertanto penso sia da ritirare la vecchia, se è vostra intenzione stravolgerla e ricominciare da capo. Voglio sapere se sarà soltanto un differimento una dilazione dell'implementazione della riforma che nella sua struttura rimane tale, con l'Asur che comunque verrà, per motivi pre-elettorali differiti e spostati fra due anni, che comunque nella vostra testa vorrà restare; se sarà un contentino di personalità giuridica, che vedrà poi però, nell'atto unico aziendale, avvocati ugualmente fin d'ora e a mano a mano sempre più, in maniera graduale, i poteri verso la Asur; se la Asur scomparirà definitivamente, perché non ci sarebbe discussione. La nostra battaglia, anche pregiudiziale, era su questo moloch che chiamavamo moloch, chiamavamo totem e probabilmente, proprio sotto questo totem la mag-

gioranza si è così disgregata, si è frantumata e dovrebbe quanto meno fermare le bocce, prendere atto di quello che è accaduto, mettersi a creare qualcosa di nuovo con la condivisione, la partecipazione, il coinvolgimento della minoranza come non ha fatto finora.

D'altronde cosa è avvenuto di positivo nella discussione, sotto certi aspetti tardiva, datata, sotto altri intempestiva, avvenuta ieri? E' accaduto che chi non era d'accordo, in maggioranza, lo ha detto quasi con una sorta di fare liberatorio. Non l'avrebbe fatto prima se il Presidente D'Ambrosio non fosse stato, in quelle ore, alacremente in discussione con i sindacati e non si presagisse che qualcosa cambiava. C'è stata allora la rincorsa a dire "siamo i cuscinetti, siamo i mediatori, grazie a noi vedrete che qualcosa cambierà". Ma nel dire questo abbiamo preso atto della forza e della veemenza con cui i Comunisti italiani hanno disapprovato pienamente quello che fino a quel momento era avvenuto, della forza e della veemenza con cui l'hanno detto Cristina Cecchini, i Verdi, con cui l'ha detto — anche se con un po' meno forza e veemenza, ma sempre tentennando — anche Marco Luchetti della Margherita.

Non è, Benatti, che la riforma non è stata blindata: non vi è riuscita la blindatura. Voi volevate blindarla, sottoporre a fiducia, qualcuno ha resistito, forte anche del monolitico fronte della minoranza e della Cdl che non ha contrattato qualcosa sottobanco, che non ha chiesto il direttore ics o il commissario epsilon, ha detto no per una questione politica forte, anche ideologica, in certi casi, di principio alla Asur. Qui non c'è stata breccia, non ci siamo minimamente frantumati, al di là di quello che si vuol far credere parlando di 5, di 7, di 13. E' ovviamente un modo per riaprire il pluralismo, la pluralità delle aziende, un modo per dire "tutto fuorché la Asl unica", poi su questo si poteva parlare. Era un modo per evitare quell'accentramento davvero scandaloso. Non vi è riuscita la blindatura, ma non vi è riuscita, nonostante sia stata tentata e si sia provato ad ottenerlo fino a ieri sera. Non possiamo quindi equivocare questo come un atteggiamento di magnanimità o di dialettica consiliare tipo "l'aula si è riappropriata...". L'aula sta cercando di andare avanti parlando per ore con i pochi

interventi che sono rimasti, in attesa che la Giunta finisca il proprio lavoro sulla pdl, che faccia questi emendamenti, che porti qualcosa di cui discutere. Non è questa l'esegesi del momento dialettico, è tutt'altro: è un rimedio che state cercando di porre in una situazione evidente di disagio ed una presa d'atto che i numeri, per quello che volevate portare avanti da tempo, in maniera masochistica, non ci sono stati.

Aperti quindi ad ogni tipo di discussione e di collaborazione, purché siate chiari nella proposta che intendete portare. Proposta che non riteniamo possa essere emendata con un emendamento dell'ultima ora o addirittura con l'apposizione di una norma transitoria, con la classica pezza che viene posta su tutta un'impalcatura, che peraltro non è soltanto il riordino-impalcatura di se stesso, ma è anche impalcatura del piano sanitario. Quindi è impossibile pensare che si possa, in queste condizioni di incertezza o addirittura con una Giunta che verrà a proporre il maxi, mini, sub o sovra emendamento, procedere nel calendario dei lavori così come qualcuno auspica. Qui è crollata tutta una situazione, tutta una impalcatura giuridico-amministrativo-politica, bisogna prenderne atto, bisogna quanto meno che la Commissione V si riappropri del suo ruolo e si riaprano i giochi, perché questo è avvenuto, fermando le bocce. Alleanza nazionale starà a sentire, starà a guardare, costruttivamente farà, come sempre, la sua parte. La disfatta politica c'è stata, ne va preso atto, ma noi non ci limitiamo a dire "abbiamo vinto su...", noi vogliamo che esca un piano sanitario credibile per i cittadini. perché dico pre-elettorale? Perché è facile posporre la messa in vigore della Asur a due anni, quando si sarà nuovamente votato per le regionali. Si dirà "se vince il centro-destra...". Io credo che con questi due anni di interregno, con il caos che si vivrà se la Asur rimarrà nonostante si attivino le 13 aziende — stiamo facendo una serie di ipotesi e di illazioni, non era così che avremmo voluto fare, ma siete voi che avete purtroppo consentito soltanto una discussione aleatoria e frammentaria in quest'aula — è chiaro che ci saranno due anni di sovrapposizioni, di conflitti di attribuzione tra la personalità delle zone,

tra l'Asur che avanza, perché se l'Asur viene comunque istituita avanzerà e questo a noi non va bene. Ci sarà una lievitazione e una moltiplicazione della spesa. Ci dovete spiegare dov'è il risparmio e cosa raccontare ad una Corte dei conti che, secondo quello che dite nel piano sanitario, vi imponeva la chiusura di tutto. Man on ci basta questo, perché questi due anni sicuramente consentiranno, sulla pelle della sanità e della salute dei cittadini, di vincere al centro-destra. Vogliamo invece che questi due anni di caos non ci siano, che non esca fuori un mostro a due teste, un pateracchio, una legge-pasticcio, così come sarebbe se ci limitassimo ad accettare che la Giunta fra poco entri in aula e presenti il colpo di scena, l'emendamento, la norma transitoria. Non ci pensate, perché sarebbero due anni di ingestibilità e di invivibilità nella sanità.

Non ci va bene neanche questo e per questo, nonostante potremmo sicuramente avvantaggiarci politicamente di questa situazione tra due anni e potremmo cancellare poi noi la Asur, come il Governo nazionale ha fatto con la "riforma Berlinguer" e con altre cose che non erano ancora partite, vogliamo che i cittadini e soprattutto le donne che stanno aspettando risposte serie da questo piano — parlo del Salesi ma non solo — le abbiano.

Noi siamo contro tutte queste ipotesi di razionalizzazione che fotografano una situazione non conveniente, già sperequativa e mantiene, soprattutto con queste sperequazioni geografiche, problemi che già si manifestano. Parliamo dell'autonomia di aziende ospedaliere come il Salesi, che devono restare, parliamo di una migliore distribuzione delle eccellenze. Non è per salvare Ancona che bisogna far sì che le eccellenze siano presenti anche in altre zone, perché la persona di Ascoli — cosiddetta zona "Marche di frontiera", che il vostro "piano Mascioni" definiva così, un piano che non conoscevo e che mi sono letto in questi giorni, più attento al discorso neonatale, al discorso "progetto obiettivo maternità", al discorso della mobilità extraregionale che non può essere contenuta con l'accentramento al nord — ha questo diritto. Chi non va in Ancona da Ascoli, va a Teramo. Anche se l'ospedale di Torrette fosse il più bravo o se l'ernia del disco alla

neurochirurgia di Torrette fosse la migliore, si va a Teramo se il polo di eccellenza non viene messo lì, se l'azienda ospedaliera non viene messa lì. Quello che "il piano Mascioni" dice, è: "le Marche di frontiera dove la mobilità è maggiore ma dove, proprio per questa ragione è più facile invertire il trend mediante poli di attrazione", che lì si dica "saranno oggetto di futuro esame, di futuro studio". Cancellata ogni ipotesi in tal senso, stiamo invece consolidando la situazione di accentramento anconetano.

Un'ultima cosa collegata al Salesi. Leggo nel vecchio piano che si parlava di "progetto obiettivo materno-infantile" che doveva essere varato entro pochi giorni o entro pochi mesi. Ho chiesto l'altro giorno se questo fosse avvenuto. Visto che lo stesso progetto obiettivo materno-infantile viene menzionato nel nuovo piano e si dice che verrà attuato in sei mesi, credevo fosse un secondo: in cinque anni non si è parlato di questo. La neonatologia, il discorso "madre", il discorso "progetto materno-infantile" non è stato fatto in maniera programmatica da questa Regione, anzi si è detto nel nuovo piano che i punti nascita devono, a colpi di accetta e di mannaia essere cancellati e restare solo negli ospedali di rete, indipendentemente da dove si consolidano i bacini di utenza e da dove le donne hanno dimostrato di voler partorire. Almeno in questo avremmo potuto lasciarle libere di scegliere.

Nessun accenno di sostegno alla maternità, nel piano. Nel piano addirittura si parla, nella prima parte, in maniera anche abbastanza ossessiva, di facilità di accesso e di sensibilizzazione all'Ivg — mi va bene, perché quello esiste ed è una legge statale — ma non si parla di favorire invece la prevenzione al ricorso all'Ivg o di favorire la madre che il figlio vuol tenerlo e che magari si distoglie dal ricorrere all'Ivg, purché ci siano sostegni, strutture, aiuti. Parlo di ragazze-madri, di giovani, anche di persone non giovani, che comunque abbiano problemi a tenere un figlio. E' tutto un piano carente in questo senso. Mi chiedo se i cinque anni siano passati invano e se nei prossimi sei mesi questo progetto materno-infantile verrà varato. Mi rivolgo alle "Patronesse" del Salesi, che proprio con un'attenzione e una diligenza uniche stanno da ieri sedute lì, a

dimostrare davvero il problema grosso della maternità, dell'assistenza ai neonati e dell'"Ospedaletto". Peraltro io ho avuto un'esperienza brutta all'inizio, magnifica poi, per come risolta, proprio all'"Ospedaletto" di Ancona. Tutto questo è una sensibilità che va indietro rispetto, addirittura, al piano precedente; una sensibilità che in questo piano non è stata minimamente confermata. Fermiamo i giochi e facciamo in modo che del riordino si riparli e si riparli, conseguentemente, anche di piano sanitario che a quell'ipotesi oscena di riordino era purtroppo da voi collegato.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Modesti.

CATALDO MODESTI. Non sono così certo come molti colleghi hanno detto negli ultimi interventi, che sarà così facile raggiungere un accordo tra la Giunta regionale e il sindacato. Ovviamente me lo auguro, sarebbe un fatto importante non per la maggioranza ma per tutta la Regione, perché sono convinto che qualunque riforma degna di questo nome, se vuole ottenere risultati ed essere applicata raggiungendo gli obiettivi prefissi, ha bisogno di un largo consenso. Fare riforme prive di un largo consenso, significa destinarle al fallimento, per cui ogni tentativo di perseguire un'intesa non solo è auspicabile ma deve vedere impegnati tutti noi affinché questo accordo possa essere raggiunto. Mi auguro che venga raggiunto, anche se non ne sono così certo.

Dal punto di vista del metodo qualche ragione c'è circa la lamentela sullo svolgimento dei lavori del Consiglio, però a me pare che la preoccupazione del Polo non sia tanto quella di metodo ma nasconde un disagio politico in realtà, perché il Polo era venuto in aula convinto che ci fosse una lacerazione tra la Giunta di centro-sinistra e importanti settori delle forze sociali che manifestano e che sono contrari, nel momento in cui si prefigura l'ipotesi di un recupero di questo rapporto è chiaro che alle forze politiche del Polo tutto questo non fa piacere. Quindi c'è un disagio politico, mi auguro che questo disagio possa essere superato a breve, perché nel merito mi pare, dagli interventi che ho ascoltato, anche da settori

consistenti delle minoranze vengano auspicate soluzioni nella direzione per la quale si sta lavorando, che è quella di non stravolgere alcunché, perché l'impianto della legge di riorganizzazione è disegnato, ma si tratta di ragionare in termini di perfezionare il percorso che deve portare alla realizzazione, a regime, dell'azienda unica regionale. Quindi si parla della gradualità, dei tempi, dei metodi, dei modi con cui questo dovrà avvenire ma l'impianto è quello, non mi pare che esistano le condizioni per andare a capovolgimenti o a riscritture complessive della legge di riordino. Se fosse così avreste ragione, bisognerebbe riaggiornarsi, ritornare nella Commissione ecc., ma non mi pare che sia questo, perché si ragiona dentro quell'impianto e si tende a ragionare della gradualità dell'applicazione precisando meglio quelle che sono le funzioni, prima delle zone, oggi eventualmente zone con veste giuridica, ma siamo all'interno di quel meccanismo, per cui un emendamento, se ben congegnato, una volta discusso e illustrato non presuppone la riscrittura o modifiche sostanziali del resto dell'impianto della legge.

Detto questo, vorrei partire da due considerazioni di carattere più generale. Noi facciamo questa discussione dopo qualche anno dall'approvazione del secondo piano sanitario regionale — il primo era datato qualche decennio fa — e dobbiamo quindi tenere conto di quella che è stata l'esperienza di questi ultimi anni, come il piano sanitario votato nel 1998 è stato attuato, se è stato attuato, quali risultati sono stati ottenuti. Io sono convinto che quello era un buon piano e che la fase di applicazione è andata avanti, con qualche ritardo, con qualche contraddizione, ma in generale si è lavorato in quella direzione, perché al di là degli aspetti ospedalieri su cui spesso si concentra in maniera eccessiva la nostra attenzione, per quello che riguarda il resto sono state fatte cose importanti. Cito per esempio la rete delle emergenze. Qualche anno fa le rianimazioni, le emergenze erano collocate solo in ospedali definiti di carattere provinciale, oggi abbiamo una rete diffusa in tutto il territorio regionale, in ogni azienda ospedaliera, in ogni ospedale di rete. E' un aspetto qualificante ed estremamente im-

portante, che va nella direzione di garantire la tutela della salute dei cittadini marchigiani.

Tutti gli indicatori pubblicati sulle riviste specializzate collocano la nostra regione nella parte alta o altissima per quello che riguarda la qualità dei servizi, a fronte di una collocazione nella fascia media per quello che riguarda la spesa pro-capite. Siccome qui si enfatizza e si drammatizza la situazione dal punto di vista economico-finanziario, questo dato bisogna che lo teniamo ben presente e questo è un grande merito della nostra regione: collocarsi nella parte alta della graduatoria in termini di efficacia, efficienza, qualità delle prestazioni che diamo ai cittadini marchigiani e riuscire a fare questo stando non nella parte alta o altissima della spesa pro-capite ma nella fascia media. E' un fatto estremamente importante. Questo vuol dire che non ci sono aspetti di natura finanziaria? Ci sono e come, ma per altri motivi su cui interverrò tra poco.

L'altro elemento è che le ricerche fatte su base scientifica e gli stessi sondaggi ci dicono che i cittadini marchigiani sono ampiamente soddisfatti del sistema sanitario marchigiano, che hanno fiducia in questo sistema e che propendono largamente per il sistema sanitario pubblico. Dobbiamo tenere conto di questi orientamenti dei cittadini marchigiani e ci stiamo muovendo in questa direzione. Come veniva detto a tanti altri colleghi, da tanti altri interventi è una scelta di fondo che ovviamente contrasta con alcune tendenze che sono in atto da parte del Governo nazionale e, al di là delle polemiche di circostanza o copioni recitati tra maggioranza e minoranza, ci sono alcuni dati di fondo che parlano chiaro: la contrazione della spesa nel campo sociale è un dato di fatto; il tentativo di scaricare in maniera più accentuata sulle Regioni è un altro dato di fatto. Meriterebbe una discussione a parte il federalismo, perché bisognerà pure discutere in questa sede, in una prossima occasione, in maniera approfondita e organica, delle problematiche del federalismo, che vengono sempre enfatizzate, esaltate in maniera astratta, ma poi si sfugge dai veri problemi che gli aspetti del federalismo pongono, quando si parla delle questioni di natura finanziaria e tributaria.

Ricordo una visita al Bunderstad a Bonn qualche anno fa, quando ci occupavamo della riforma dello Statuto: organizzammo una missione per capire quello che sta accadendo in una importante realtà dell'Europa dove il federalismo è consolidato da decenni. Capimmo alcune cose ma una ci fu detta con estrema chiarezza dai nostri amici interlocutori: che il federalismo costa. Ci dissero così. Quindi bisognerà riflettere su tutto questo con calma, anche in vista del dibattito in atto a livello nazionale per quello che riguarda ulteriori riforme che sono annunciate, per quello che ci riguarda più da vicino la fase finale della elaborazione del nostro Statuto.

Chiusa questa breve parentesi torno a un dato politico della sanità. Condivido rispetto a quanto diceva prima anche Roberto Tontini, cioè che c'è stato anche un eccesso di aziendalizzazione. Non sono un nostalgico dei vecchi comitati di gestione, tuttavia anche sul salto dai vecchi comitati di gestione ad una gestione tutta politica della sanità all'aziendalizzazione bisognerà fare una riflessione pacata, dopo dieci anni, perché questa aziendalizzazione, dopo dieci anni dove ha portato? Ha inciso in maniera così importante nel miglioramento della qualità delle prestazioni e dei servizi per i cittadini? Alti e bassi, in un processo fisiologico di miglioramento che poteva esserci a prescindere dall'aziendalizzazione. Dal punto di vista della spesa sanitaria, è vero che siamo riusciti a contenerla o è vero il contrario, cioè che negli ultimi anni, a fronte di un'inflazione più contenuta c'è stata un'impennata verso l'alto? Vogliamo interrogarci su questo, farla finita con i luoghi comuni, con dei tabù?

Se dobbiamo avvalerci fino in fondo dell'autonomia che ci viene riconosciuta con la riforma del titolo V, si può anche premere l'acceleratore, fare passi più avanti e riappropriarci davvero della gestione della sanità.

Detto questo il problema è tutto politico, perché a mio avviso occorrono due scelte di fondo, rispetto all'esperienza passata in cui si è dato troppo spazio, troppo margine di manovra ai direttori generali o commissari che siano. Bisogna che il Consiglio regionale si riappropri

delle funzioni di programmazione, e in parte il lavoro fatto dalla Commissione consiliare che ha modificato l'atto fatto dalla Giunta ha dato segnali importanti in questa direzione, perché alcuni atti ritorneranno patrimonio del Consiglio regionale. Occorre che la Giunta regionale si riappropri con maggiore energia delle capacità di indirizzo nei confronti delle aziende e anche una maggiore capacità in termini di controllo e di verifica sulle aziende stesse, perché ho l'impressione che in questi anni ognuno ha fatto quello che voleva: direttori generali hanno fatto marketing, pubbliche relazioni, politica, anziché essere stati fedeli esecutori delle scelte del Consiglio regionale e della Giunta. Di questo c'è bisogno: che la politica si riappropri del proprio ruolo, perché allora sono certo che riusciremo a ottenere risultati migliori.

Nelle Marche siamo a un buon livello di partenza, non dobbiamo stare qui a inventarci chissà quali polemiche, quali grandi discussioni. Dobbiamo avere questa consapevolezza del buon livello della sanità, dobbiamo fare i conti con i problemi di natura finanziaria. Ho già detto che noi non siamo spendaccioni. Abbiamo la spesa pro-capite nella media nazionale e nonostante ciò, per quello che è il meccanismo del servizio sanitario nazionale, il trasferimento che il Governo nazionale fa alle Regioni è insufficiente. Quindi noi chiudiamo il consuntivo, ogni anno, con cifre significative di deficit che hanno indotto, nel 2001 la Giunta regionale e il Consiglio a varare una manovra straordinaria per far fronte a queste necessità. Ma va anche detto che la manovra di fine 2001 — lo ricordo al collega Pistarelli che in apertura di dibattito ci citava le percentuali di aumenti decisi con tale manovra — ha avuto alla base il principio della equità, della progressività, cioè abbiamo chiesto di più a quelli che sono in grado di pagare, salvaguardando la gran parte dei cittadini marchigiani che dispongono di un reddito basso o medio. Eppure c'è stata quella manovra, per sopperire a una carenza di risorse che non vengono dal livello nazionale. Come sono anni che a livello nazionale si sottostima il fabbisogno finanziario. Non è un problema solo marchigiano. Se fosse solo un problema nostro sarebbe facile risolverlo. Il problema è nazionale: sappiamo qual è la finanza pubblica,

della finanza nazionale, quindi i Governi precedenti e quello attuale hanno dovuto e devono fare i conti con il patto di stabilità, bisogna fare i conti con i parametri di Maastricht, sappiamo tutto. Però c'è un dato di fatto: che i trasferimenti dello Stato sono insufficienti, sottostimati, quindi le Regioni alimentano il loro passivo e sono costrette a far pagare di più, in maniera diretta con prelievi fiscali o in maniera indiretta con i tickets, i cittadini.

Qual è l'obiettivo che noi abbiamo? Quello di cercare di darci una nuova organizzazione che consenta da un lato di salvaguardare i livelli buoni che abbiamo, senza dover ricorrere ulteriormente a prelievi fiscali o alla reintroduzione di tickets. Questo è l'obiettivo che abbiamo. La proposta della Giunta va in questa direzione: si vuol disegnare una nuova forma di organizzazione, fermo restando i contenuti del piano di cui discuteremo successivamente, ma che sono quelli prevalenti — la riorganizzazione della rete ospedaliera, le unità operative, i piccoli ospedali ecc. — ma l'organizzazione è funzionale a cercare di contenere la spesa riducendola là dove è possibile ridurla, perché siamo tutti d'accordo che in alcuni settori la spesa non può essere ridotta, a prescindere da quale sarà la forma di organizzazione. Ma laddove è possibile ridurla — penso in particolare alla parte

amministrativa, burocratica — si tenterà di farlo. Noi sappiamo che nelle Marche c'è un parametro al di sopra della media nazionale di presenza di “amministrativi” nel nostro sistema e in quella direzione si può intervenire, concentrando, razionalizzando quello che si può concentrare. E' questo lo spirito. Poi, nella mediazione finale, che mi auguro vada in porto, tra la Giunta e il sindacato, si tratta di concordare, senza sconfessioni per nessuno, senza retromarce per nessuno, in una sintesi, in un accordo che si fa tra le parti, una soluzione intermedia, di sintesi, che consenta di poter gestire questa fase che abbiamo davanti a noi, con il consenso necessario.

PRESIDENTE. Sono le 13,30, quindi la seduta è tolta. Riprenderà alle 16.

### **La seduta è sospesa alle 13,30**

---

*IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO*  
(*DOTT.SSA PAOLA SANTONCINI*)

---

*L'ESTENSORE DEL RESOCONTO*  
(*RENATO BONETTI*)