

## RESOCONTO INTEGRALE

143.

SEDUTA DI MERCOLEDI' 25 GIUGNO 2003

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

### INDICE

---

<b>Proposte di legge</b> (Annuncio e assegnazione) .....	p. 3	<b>Congedo</b> .....	p. 3
<b>Proposte di atto amministrativo</b> (Annuncio e assegnazione) .....	p. 3	Proposta di atto amministrativo (Votazione degli emendamenti): « <b>Piano sanitario re- gionale 2003-2006</b> » Giunta (99) .....	p. 3

VII LEGISLATURA – SEDUTA N. 143 DEL 25 GIUGNO 2003

---

**La seduta inizia alle 12,48****Proposte di legge**

(Annuncio e assegnazione)

PRESIDENTE. Sono state presentate le seguenti proposte di legge:

- n. 178 in data 20 giugno 2003, ad iniziativa dei consiglieri Brini, Giannotti, Trenta, Ceroni, Cesaroni e Favia: «Modificazioni alla l.r. 22 luglio 1997 n. 44 - norme in materia di assegnazione, gestione degli alloggi di edilizia residenziale pubblica e riordino del Consiglio di Amministrazione degli Istituti Autonomi per le case popolari» assegnata alla IV Commissione in sede referente;
- n. 179 in data 20 giugno 2003, ad iniziativa dei consiglieri Giannotti, Brini, Ceroni, Trenta, Favia, Grandinetti e Cesaroni: «Norme generali per prevenire e contrastare la violenza psicologica (mobbing) nei luoghi di lavoro», assegnata alla III Commissione in sede referente.

**Proposte di atto amministrativo**

(Annuncio e assegnazione)

PRESIDENTE. Sono state presentate le seguenti proposte di atto amministrativo:

- n. 109 in data 13 giugno 2003, ad iniziativa della Giunta: «l.r. n. 52/1997 - adesione Regione Marche all'Associazione EARLALL Educazione per adulti», assegnata alla I Commissione in sede referente e alla II Commissione per il parere obbligatorio;
- n. 110 in data 20 giugno 2003, ad iniziativa della Giunta: «Approvazione variante al Piano del Parco del Conero per riconfinazione area P2/2 comprendente il Ristorante Le Cave, ai sensi dell'art. 15 della legge regionale 28.4.1994, n. 15», assegnata alla IV Commissione in sede referente.

**Congedo**

PRESIDENTE. Ha chiesto congedo il consigliere Grandinetti.

Proposta di atto amministrativo (Votazione):  
**«Piano sanitario regionale 2003-2006»**  
*Giunta (99)*

PRESIDENTE. Riprendiamo l'esame

degli articoli del piano sanitario. Propongo, se non vi sono obiezioni, di proseguire in maniera ininterrotta, senza interruzioni, per cercare di approvare il piano in giornata.

Pongo in votazione questa proposta.

*Il Consiglio approva*

Emendamento n. 1 a firma Ceroni. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 2. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 3. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 4. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 5. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 6. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 7. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 8. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 9. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 10. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 11. Ha la parola il consigliere Giannotti.

ROBERTO GIANNOTTI. Questo emendamento ha un senso politico, rispetto al quale vorremmo che il Consiglio regionale riflettesse. Non siamo rimasti soddisfatti del dibattito dei giorni scorsi, siamo altrettanto preoccupati delle avvisaglie del dibattito di oggi. Rispetto a una posizione di responsabilità, che era stata in qualche modo anticipata, offerta come elemento per un lavoro proficuo del Consiglio mi pare che ci sia una posizione di chiusura da parte della maggioranza, che ci costringe a riscrivere il piano, pagina per pagina. Non crediamo che questa frase di cui chiediamo la cancellazione e la sostituzione abbia un senso e un significato; la realtà è molto più concreta: si tratta di capire se volete dare alle Marche anche un piano sanitario blindato, ricco solo del contributo tecnico e della maggioranza politica, o se scendete dal vostro piedistallo e accettate un confronto serio con le opposizioni. Se questo accade rispetto ad alcune questioni per noi irrinunciabili, come quelle degli ospedali di polo, del riequilibrio delle alte specialità, se c'è un discorso che può essere fatto ha un senso, altrimenti il discorso rimane difficile sul piano del rapporto.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Ricci.

ANDREA RICCI. La maggioranza non ha alcun atteggiamento di chiusura nei confronti delle proposte costruttive e migliorative che anche la minoranza ha presentato, sia in sede di emendamento, sia in sede di discussione della Commissione, tanto è vero che l'orientamento della maggioranza è quello di accogliere diversi, significativi emendamenti che già sono stati presentati dai consiglieri di minoranza perché li riteniamo migliorativi dell'attuale stesura del

testo del piano e anche il lavoro svolto in Commissione è stato un lavoro di confronto che alla fine abbia portato, mi sembra, a una posizione non dico completamente condivisa, ma che tiene in considerazione in maniera reale e non soltanto formale, argomentazioni che la stessa minoranza aveva posto. Quindi non capisco questa dichiarazione del capogruppo di Forza Italia Giannotti, perché mi pare che le modalità con cui fino adesso abbiamo impostato il lavoro sono tutt'altro che di chiusura.

Penso che l'emendamento 11 non sia accoglibile, perché uno dei punti cardine di questo piano sanitario regionale, mi pare condiviso dalla minoranza, almeno ad ascoltare la discussione generale, riguarda la stretta integrazione tra l'attività sanitaria e quella sociale. Quindi dire che anche il servizio sanitario regionale deve concorrere alla lotta alla povertà e alla emarginazione sociale credo possa essere un principio condiviso da tutto questo Consiglio regionale, non vedo delle differenze politiche significative. Per questo l'emendamento non viene accolto, ma altri emendamenti di sostanza, come già sanno i colleghi della minoranza, saranno accolti.

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

**OTTAVIO BRINI.** Il gruppo di Forza Italia ha presentato una serie di emendamenti non per fare una strumentalizzazione. In più d'un'occasione noi abbiamo dimostrato che senza il dialogo in questo Consiglio regionale, senza il buon senso, molto lontano non si va. Tutte le iniziative di Forza Italia sono state fatte alla luce del sole, senza cercare di trovare accordi con chissà chi e dove. Avere presentato questo emendamento non ha lo scopo e l'obiettivo di voler mettere in difficoltà il Consiglio regionale per cercare di ottenere qualche cosa. Accogliamo però positivamente la sua dichiarazione di una maggioranza aperta, consigliere Ricci, disponibile ad accogliere quanto di buono viene proposto dagli emendamenti dell'opposizione e su questo siamo disposti al confronto e al dialogo. Come gruppo ci siamo riuniti, stiamo valutando se è il caso o meno di ritirare gli emendamenti, c'è un orientamento in tal senso,

vorremmo anche verificare le disponibilità al dialogo della maggioranza.

E' giusto che la politica si appropri del suo ruolo a livello di sanità. Non è giusto che in questo periodo vengano attacchi indiscriminati a chi sta lavorando da dieci giorni per cercare di realizzare al meglio una proposta quale quella che in questo momento stiamo discutendo. Noi abbiamo una grossa responsabilità in questa fase e non è giusto leggere sulla stampa che le nostre iniziative o le vostre abbiano fini clientelari. Io mi sento con forza di respingere queste accuse lanciate a mezzo stampa da chi non ha nulla a che fare o a che vedere con i lavori di questo Consiglio regionale, quindi come Forza Italia respingiamo queste affermazioni che sono pesanti, perché nessuno sta lavorando, in questo Consiglio, per ritagliarsi uno spazio con un proprio potere gestionale a livello locale. Ognuno di noi sta lavorando con passione e determinazione per dare il meglio ad una legge che vede una maggioranza che l'ha proposta e una opposizione che la contrappone. Questa deve essere la logica della politica con la "P" che a volte rimpiango.

Rimpiango quei tempi in cui c'erano presidenti dei comitati di gestione che prendevano 900 mila lire al mese, nel 1990 e quei presidenti dell'assemblea che ne prendevano ancora meno. In quelle sedi si faceva politica, si parlava di politica, non si parlava solo di budget, perché oggi, per il budget si danneggiano anche certi servizi sanitari.

Faccio appello, a nome del gruppo di Forza Italia, a non creare ulteriori podestà. No non vogliamo mettere le mani sulla sanità, però abbiamo la grossa responsabilità di farla funzionare e a volte questi medici, pur bravi, devono fare anche loro un esame di coscienza, perché non dipende sempre dal direttore generale se abbiamo liste di attesa di 300-400 giorni. Ecco allora che su queste cose dobbiamo ragionare tutti insieme. Se veramente lei, assessore vuol raggiungere l'obiettivo e lo scopo di un'"alleanza per la salute", deve tener presente che la salute non è né di destra né di sinistra.

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

FABIO PISTARELLI. La parte iniziale del piano è dedicata all'analisi sociale, sociologica dei bisogni, delle fragilità, delle emergenze sotto un profilo socio-sanitario. Noi abbiamo detto in sede di discussione generale che questa cosa non ci è dispiaciuta affatto, perché effettivamente di integrazione socio-sanitaria si parla da tempo e nei piani non abbiamo mai trovato un percorso. Purtroppo le enunciazioni iniziali non sono poi seguite nelle parti relative agli obiettivi, alle specificazioni, da una stessa logica e coerenza. Ecco perché diciamo che questo piano continua ad essere un piano sanitario, quando occorrerebbe invece un piano socio-sanitario per indicare in maniera precisa e puntuale chi fa che cosa, perché l'integrazione socio-sanitaria, secondo me è la partita più importante degli anni a venire, soprattutto se si guarda la percentuale di anziani nella popolazione, le fragilità vecchie e nuove relativamente alle emarginazioni, al complesso dei fattori che determinano il concetto di salute, che non sono solo sanitari ma di altra natura più generale, relativa al benessere, alla qualità della vita, alle condizioni lavorative. Ecco perché qualche passaggio relativo a dei concetti così generici, è giusto che fosse stato preso in considerazione — l'ha fatto il collega Ceroni con questo emendamento — perché la partecipazione del servizio sanitario regionale, la lotta alla povertà e alle emarginazioni sociali è un manifesto che vale per tutto, non per un piano sanitario regionale. E' troppo generico e per questo se ne chiede la cassazione.

E' vero che già dai lavori di Commissione abbiamo operato nel merito, è vero che la minoranza per prima, l'opposizione per prima ha lavorato nel merito, anche la scorsa settimana;. Continueremo a farlo, presidente Ricci, lavoreremo nel merito, certamente non possiamo dire che siamo ad un punto di ragionamento tale per cui c'è una coincidenza, una convergenza di impostazioni; siamo su impostazioni diverse. Certamente lavoreremo nel merito, ma non trascureremo nessun passaggio che politicamente possa marcare in maniera chiara la differenza d'impostazione politica che noi abbiamo sul concetto e sul tema sanitario rispetto a quella proposta dalla maggioranza. Questo non significa ostruzionismo bieco e cieco, si-

gnifica ragionamento, volontà di confronto ma fino in fondo e per bene, come abbiamo sempre detto e dimostrato di fare.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Castelli.

GUIDO CASTELLI. Parto dal dato oggetto dell'emendamento Ceroni, ovvero l'eccessiva enfasi di principio, che risulta contraddittoria se posta a confronto con il carattere generico che in realtà si conferma anche dopo. E' perfettamente normale che si vogliano costituire gli archetipi dell'azione del Psr; ciò che non è normale è che il carattere sostanzialmente apodittico, per certi versi retorico, rappresenti 4/5 dell'intero strumento di programmazione sanitaria. Ha allora fatto bene il consigliere Pistarelli a precisare il principio cui noi ci vogliamo ispirare, non un ostruzionismo strumentale, un filibustering tanto per passare alle cronache, quanto l'invito, che facciamo da subito, ad una riflessione sulle 4-5 pagine qualificanti di questo piano. L'abbiamo detto in sede di discussione generale: il problema di questo piano è che assume sostanzialmente la valenza di una procura ad agire agli organismi burocratici che abbiamo allestito, con una certa confusione, la scorsa settimana. Noi, sul principio della procura, della delega in bianco non ci stiamo, vogliamo quindi che si arricchiscano di elementi più assorbenti, più incisivi, meno equivoci, proprio quei paragrafi che saranno in particolare dedicati alla funzione dei poli ospedalieri. Questo sarà l'elemento centrale della nostra battaglia politica, quindi ha fatto bene Pistarelli a richiamare a noi stessi ma anche alla maggioranza, quello che sarà il possibile esito di questa discussione. Chiediamo dunque, non per ragioni di parte ma per ragioni generali, una maggiore evidenziazione di quei contenuti che militano a favore dell'esperienza degli ospedali di polo, in maniera non speciosa, non strumentale, ma in maniera più precisa di quanto non sia stato fatto anche dall'ultimo emendamento della Commissione.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Viventi.

LUIGI VIVENTI. Come gruppo dell'Udc, come sempre fatto, anche per la parte relativa alla legge, abbiamo presentato pochi emendamenti che per noi sono migliorativi del testo, quindi chiederei, per confrontarci seriamente sui contenuti, di essere posto a conoscenza dei lavori della Commissione, con il testo nuovo che, mi dicono, è stato predisposto, alcuni emendamenti sono stati accolti, altri no. Per poterci confrontare seriamente chiedo questo, altrimenti non abbiamo un documento sottomano e quindi ci diventa difficile poter esprimere un giudizio.

PRESIDENTE. Il testo degli emendamenti si sta predisponendo. Si tratta di emendamenti dal 54 in poi. Saranno distribuiti fra pochissimo.

Pongo in votazione l'emendamento.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 12. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 13. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 14. Ha la parola il consigliere Ceroni.

REMIGIO CERONI. Gli emendamenti dal 14 al 24 sono ritirati.

PRESIDENTE. Emendamento n. 15. Ha la parola il consigliere Novelli.

SERGIO NOVELLI. Mi sembra che la questione dell'emendamento 15 meritava un'attenzione al di là di quello che il collega ha proposto. Mi sembra che parlare di problematiche della salute con specifico riferimento agli immigrati necessita di una premessa. Per il cittadino naturalizzato o cittadino italiano la questione non è più di valutazione differenziata, è un cittadino residente nelle

Marche e basta. Sul problema della migrazione, mi sembra che andare a parlare delle problematiche della sanità e non spendere mezza riga sulla Sars, sia privo di senso. Mi rendo conto che l'atto amministrativo è nato qualche anno fa, vi è invecchiato in mano, si presenta obsoleto, tuttavia mi sembra che il riferimento ai problemi dell'immigrazione in materia sanitaria dovrebbe essere non tanto e non soltanto alle questioni della tutela in loco che c'è, quando al fronteggiare le problematiche ulteriori di rischio sanitario che il fenomeno migratorio comporta. La Sars è un problema avanti a tutti, perché attualmente è un problema anche della protezione civile nazionale e internazionale. Se parliamo di immigrato in quanto tale, cioè di non cittadino presente sul territorio per motivi tali certo che si devono assicurare le migliori condizioni sul lavoro, non al lavoratore immigrato, ma ai lavoratori tutti, immigrati e non. Dove non condivido affatto la premessa discorsiva dell'atto amministrativo è laddove si pone il problema dell'assicurazione di tutela specifica all'immigrato durante il puerperio. Credo sia logico che lo straniero che viene qui per lavorare deve poter lavorare in condizioni di sicurezza; la gestante, nel periodo immediatamente precedente il puerperio non deve lavorare perché non dovrebbe lavorare e sarebbe se mai opportuno studiare la possibilità di consentirle di partorire in patria. Voto favorevolmente all'emendamento

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 25. Ha la parola il consigliere Pistarelli.

FABIO PISTARELLI. Questo emendamento affronta il problema del capitolo sulle tossicodipendenze. Il capogruppo Ciccioli fa parte della struttura pubblica dei Sert e ha esperienze nazionali anche lui. Sul discorso relativo alle dipendenze patologiche si parla di droghe legali e illegali. E' a nostro avviso un concetto deviante, a proposito di patologie. Parlare di droghe legali è una distorsione di

natura concettuale che a noi sembra essere, se posta nelle premesse in un piano sanitario, assolutamente fuori luogo.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Ciccio.

CARLO CICCIO. Siamo nell'ambito di quello che nella discussione generale avevo detto essere la filosofia del piano. Su questo emendamento che nella sua accezione potrebbe avere una giustificazione, voglio pensare che l'estensore ha definito le droghe legali quelle comprese negli elenchi dalla legge, mentre illegali l'alcol e il tabacco. Ma dal punto di vista del messaggio che si dà, è un messaggio molto distorto, perché tra droghe legali e illegali, nell'accezione dei giovani si pensa che, poiché l'uso personale di hashish e di marijuana è ai limiti della legge, nel senso che non è perseguito in quanto tale per legge ma solo sulla quantità, è chiaro che diamo un messaggio molto pericoloso alle giovani generazioni. Quindi, con l'emendamento soppressivo riteniamo che la dipendenza da droghe è un concetto generale che deve essere un disvalore, senza ulteriore aggettivazione di legale o illegale. La droga è droga; che dal punto di vista amministrativo ci siano aspetti diversi, questo è irrilevante. Poiché qui ci troviamo di fronte a un preambolo di filosofia ideologica, vogliamo che questa interpretazione sia eliminata.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Ricci.

ANDREA RICCI. Noi siamo contro questo emendamento, perché stiamo parlando di dipendenze patologiche, stiamo definendo non il concetto giuridico di droga ma il concetto sanitario, per cui, dal punto di vista sanitario può essere considerata una droga ogni sostanza che produce forme di dipendenza patologica. Tra queste sostanze vi sono anche l'alcol e il tabacco che sono assolutamente legali dal punto di vista del commercio e dell'uso. Il messaggio che si vuol dare è proprio il contrario di quanto diceva il consigliere Ciccio. Il messaggio che si vuol dare è che, al di là della legalità o meno della sostanza che si assume, l'abuso di sostan-

ze che producono dipendenza patologica è un danno per la salute e quindi non soltanto l'uso e l'abuso delle droghe illegali ma anche l'uso e l'abuso delle sostanze legali producono effetti nocivi sulla salute, quindi bisogna combattere non soltanto la tossicodipendenza da eroina o altre sostanze stupefacenti analoghe, ma anche la dipendenza da sostanze come l'alcol e il tabacco che fanno male alla salute. E' questo il messaggio che mi sembra debba essere confermato.

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE  
SANDRO DONATI

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 28. Ha la parola il consigliere Pistarelli.

FABIO PISTARELLI. Vogliamo togliere il concetto di riduzione del danno che in realtà, a differenza di quello che voleva dire il termine, ha provocato ulteriori gravi danni alle questioni della tossicodipendenza, perché il concetto di riduzione del danno significa concetto di residualità, emarginazione ulteriore non solo di un problema ma anche di una persona, anche di una fragilità; significa che il tossicodipendente ha il problema, se lo tiene, basta che non "sporchi" più di tanto, allora lo manteniamo ad un livello quasi larvatico, cercando di non far provocare troppi danni verso la società, cioè il furto, la rapina a scopo di procurare denari per dosi. Tutto questo non è da noi accettato, non è stato accettato neppure quando, a livello nazionale, si è imposta in questa maniera la filosofia dell'intervento pubblico verso le tossicodipendenze. Noi chiediamo che il recupero debba essere fatto a tutte le situazioni, non possono essere ulteriormente emarginate delle situazioni, seppur difficili. Anche quelle più difficili possono, con un percorso corretto, essere recuperate. La riduzione del danno significa lasciare in un angolo e far fare meno danno possibile, meno "sporcia" possibile



rispetto a una situazione di fragilità. Questa è una cosa inaccettabile, a nostro avviso.

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

**CARLO CICCIOLI.** E' più significativa la seconda parte dell'emendamento, quando si parla di riduzione del danno. Negli indirizzi del nuovo Governo che saranno pubblicati con una legge questa politica sarà soppressa, quindi qualunque cosa dica la Regione Marche non ci sono storie, però che un medico si ponga il problema della riduzione del danno è un dato oggettivo. E' chiaro che di fronte a qualsiasi danno il problema è scalare, si cerca di ridurre il danno, quindi in sé la riduzione del danno è una politica sanitaria implicita. Quando la riduzione del danno è una strategia, cambia completamente il discorso ed è anche lo scontro in corso in molti Sert italiani e delle Marche, tra coloro che ritengono che la strategia del mantenimento a metadone è una strategia da sostenere e coloro che dicono che il metadone è una risorsa da utilizzare in vista della eliminazione della dipendenza. Nelle marche abbiamo creato centinaia di persone che convivono con l'uso di sostanze stupefacenti. Non è vero che convivano con il metadone o con la droga sostitutiva in una sorta di galleggiamento, è vero solo per particolari periodi, particolari fasi. Nella realtà basterebbe che l'agenzia sanitaria chiedesse i dosaggi urinari delle centinaia di soggetti in cura ogni giorno con il metadone, per vedere che le analisi periodicamente, volte alla sostanza "legale" somministrata contengano i metaboliti degli oppiacei. Quando non è un incidente di percorso ma la costanza, c'è qualcosa che non funziona in questa politica.

Quindi noi siamo ferocemente a favore della soppressione delle parole "riduzione del danno". Che voi votiate o non votiate non ci importa, perché il documento nazionale che si sta mettendo a punto imporrà, come legge di Stato, la cosa.

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

**ANDREA RICCI.** Questa che Alleanza

nazionale conduce è una battaglia ideologica. Credo sia sbagliata questa posizione esposta in quest'aula, tendente ad eliminare dal testo la riduzione del danno. In primo luogo, nel piano sanitario, in questo paragrafo si dice chiaramente che obiettivo primario della lotta alla droga e alle forme di dipendenza patologica è quello della prevenzione, della cura, della riabilitazione e del reinserimento e su questo non si discute. Nessuno dice che l'obiettivo esclusivo o primario della lotta alle dipendenze patologiche deve essere la riduzione del danno; ovviamente deve essere la cura, la riabilitazione, il reinserimento, quindi il superamento della condizione di dipendenza patologica, e fin qui siamo tutti d'accordo. Accanto a questo obiettivo, nel momento in cui si percorre la strada del suo raggiungimento, è evidente che contemporaneamente si persegue, nel processo che porta al reinserimento, alla riabilitazione, alla cura, quindi al superamento della condizione patologica, anche la riduzione del danno e non del danno sociale, ma per la salute del tossicodipendente o del portatore di dipendenza patologica.

A me sembra che questo sia un concetto di buon senso; se poi se ne fa una battaglia di carattere ideologico la cosa travalica e assume un'altra dimensione. Qualunque cosa il Governo nazionale possa fare, in ogni caso la strategia della riduzione del danno non potrà essere eliminata nella pratica medico-sanitaria anche per la lotta alla tossicodipendenza. Per questo penso che il testo debba rimanere così, perché è assolutamente equilibrato: si pone l'obiettivo primario del recupero, ma si pone anche la necessità inevitabile di perseguire una strategia di riduzione del danno fisico, di salute, psicologico, nel momento in cui si percorre la strada del recupero.

**PRESIDENTE.** Ha la parola l'assessore Secchiaroli.

**MARCELLO SECCHIAROLI.** Ritengo anch'io che il termine debba rimanere, anche perché la nuova formulazione del Governo è non ancora arrivata. Il modo con cui è stato fatto questo discorso della riduzione del danno è sicuramente una maniera molto equilibrata,

che significa proprio il contrario di quello che si stava affermando, perché significa non lasciare sole, abbandonate queste persone, ma continuare ad avere con loro contatti e, ove possibile, fare anche dei percorsi terapeutici adeguati. Quindi che ci siano varie interpretazioni e anche prassi da rivedere possiamo essere d'accordo, ma non è il significato di questo termine in questo piano sanitario.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Novelli.

SERGIO NOVELLI. E' vero che l'espressione usata nel piano in riferimento alla riduzione del danno non è una scelta di campo in favore di questa non soluzione, mi sembra tuttavia non condivisibile. Tra l'altro ricordo a me stesso e all'aula che il riferimento alla riduzione del danno viene fatta non soltanto al fenomeno della dipendenza dalla sostanza psicotropa ma a qualunque forma di dipendenza, perché nello stesso paragrafo è stata fatta una fraintesa e non condivisibile comparazione tra le forme di dipendenza psicofisica che hanno una ricaduta evidente d'impatto sulla salute — la droga — con la dipendenza del gioco e dal gioco d'azzardo. Sembra a chi parla, ma credo a tutti, che grave e socialmente penoso è colui che al videogioco perde lo stipendio del mese, però è una forma di attacco esclusivamente psicosociale, mentre la droga e, se vogliamo, l'alcolismo hanno una ricaduta sulla salute, un impatto psicofisico molto più grave del gioco.

Nei confronti del videopoker, applicando il nostro principio, se c'è la macchinetta truccata ma poco e il ragazzo perde solo 100 euro, il danno è ridotto e si può fare. Invece, anche su quello va scelta la prevenzione prioritariamente, con forza e con chiarezza. Per questo motivo siamo favorevoli all'emendamento e chiedo a nome mio e dei colleghi Romagnoli e Pistarelli la votazione per appello nominale.

PRESIDENTE. Prego di procedere alla votazione per appello nominale.

GABRIELE MARTONI, *Consigliere segretario*. Procedo alla chiama:  
Agostini

Amagliani	no
Amati	no
Ascoli	no
Avenali	no
Benatti	no
Brini	sì
Castelli	sì
Cecchini	sì
Ceroni	sì
Cesaroni	sì
Ciccioli	sì
D'Ambrosio	assente
D'Angelo	no
Donati	no
Favia	assente
Franceschetti	no
Gasperi	sì
Giannotti	sì
Grandinetti	assente
Luchetti	no
Martoni	no
Massi Gentiloni Silveri	sì
Melappioni	no
Minardi	no
Modesti	no
Mollaroli	no
Moruzzi	no
Novelli	sì
Pistarelli	sì
Procaccini	no
Ricci	no
Rocchi	assente
Romagnoli	sì
Secchiaroli	no
Silenzi	no
Spacca	assente
Tontini	no
Trenta	assente
Viventi	sì

*Il Consiglio non approva*

PRESIDENTE. Emendamento n. 29. Viene ritirato, così come gli emendamenti 30, 31, 32 e 33.

Emendamento n. 34. Ha la parola il consigliere Ceroni.

REMIGIO CERONI. Il piano è generico ed evasivo. La lamentela che faccio è che nell'affrontare i temi delle criticità per la salute si riportano dei dati che sono evasivi e probabili-

no

mente non attuali. Spesso si citano dati della situazione marchigiana relativi al 1997. Le Marche sono una delle regioni più vecchie d'Italia e gli over 65 sono il 22% della popolazione marchigiana, 316.000 su 1.450.000 abitanti; gli over 80 sono circa 100.000; o gli over 90 sono circa 15.000 e l'indice di vecchiaia è in media del 167%, con punte vicine al 200%, mentre la media nazionale italiana è di 127%. Molti gli anziani e scarsa la natalità.

Questi dati che hanno gli "Amici del Geriatrico" sarebbe stato opportuno inserirli. Per poter fare un piano bisognerebbe avere un'analisi della situazione attuale, nella peggiore delle ipotesi quella del 2002. Noi ragioniamo su tante situazioni vecchie di 3-4 anni che non ci consentono di vedere l'evoluzione che c'è stata negli anni. Riprendo un articolo per quanto riguarda gli infortuni sul lavoro. Si dice che nel 2001 erano stati 3.192, con ben 13 morti, poi nel 2002 il numero era sceso a 2.148. Nel 2003 siamo a 644. Questa diminuzione di infortuni sul lavoro è per effetto di una politica di prevenzione o è successo qualcosa, sono stati intensificati i controlli nei cantieri edili? Anche per destinare maggiori risorse alla prevenzione nei settori più critici, bisogna avere in mano i dati più aggiornati possibile. Capisco che è stato fatto un piccolo sforzo, però per queste situazioni avremmo voluto avere una visione la più attuale possibile, in modo da stabilire che questo settore rappresenta una autentica criticità, quindi bisogna stanziare ics somma. In relazione a questo stanziamento prevediamo che ci sarà una riduzione degli infortuni sul lavoro dell'ics per cento. A distanza di tre anni, alla fine del piano potremo verificare se le previsioni del piano si saranno avverate. Così rischiamo di scrivere cose generiche, di non individuare le azioni e di non poter verificare come queste azioni si sono concretizzate rispetto ai risultati concreti.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Ricci.

ANDREA RICCI. Nel piano sanitario regionale sono state inserite tutte le cifre ufficiali disponibili nel momento in cui è stato redatto. Ad esempio, rispetto alla situazione degli an-

ziani mi pare che la fotografia che emerge dal piano sia dettagliata, tanto rispetto al numero degli anziani ultrasessantacinquenni pari a 315.933 unità che rispetto alle stime di crescita rilevate dai dati Istat a scadenza decennale nel 2011 e poi a scadenza al 2045. Naturalmente si può sempre fare meglio, nel senso che se si dedica uno studio specifico ed un esame ancora più dettagliato, naturalmente si può riuscire ad avere una fotografia ancora più completa, comunque noi riteniamo che le indicazioni di tipo statistico e previsionale rispetto alla evoluzione dei bisogni di salute siano nel piano sufficientemente dettagliate, tali da consentire una piena programmazione.

PRESIDENTE. Ha la parola l'assessore Melappioni.

AUGUSTO MELAPPIONI. Credo che dire a un cavallo che è bolso e poi pretendere che corra non credo che sia la cosa migliore. Questo è un compito istituzionale chiaro e definito dell'agenzia. Voi chiedete questo, ma avete anche chiesto la chiusura dell'agenzia, fateci capire come dobbiamo lavorare. L'agenzia ha fatto tante cose con costi molto inferiori a quelli delle Regioni del centro-destra, quindi credo che abbia lavorato molto bene e ora, svolta la fase di programmazione, è nelle condizioni per entrare in quello che giustamente lei dice, cioè avere più dati possibile in sanità per fare una programmazione adeguata.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento.

*Il Consiglio non approva*

Gli emendamenti dal 35 al 46 vengono ritirati.

Emendamento n. 47. Ha la parola il consigliere Cecchini.

CRISTINA CECCHINI. Chiedo la votazione per appello nominale a nome anche di Romagnoli e Novelli. Stiamo facendo un piano sanitario che, rispetto all'accordo Stato-Regioni che ha tolto dai livelli essenziali di assistenza le visite sportive, le malattie del cavo orale e la

riabilitazione, ha introdotto, come Regione, le visite sportive, lasciando fuori le malattie del cavo orale. Questo emendamento e altri simili hanno un senso: si tratta di capire quanto riformismo adoperiamo rispetto a un accordo con il Governo, quindi vale la pena che questo emendamento sia votato per appello nominale.

PRESIDENTE. Prego di procedere alla votazione per appello nominale.

GABRIELE MARTONI, *Consigliere segretario*. Procedo alla chiama:

D'Ambrosio	no
D'Angelo	assente
Donati	no
Favia	assente
Franceschetti	no
Gasperi	sì
Giannotti	assente
Grandinetti	assente
Luchetti	no
Martoni	no
Massi Gentiloni Silveri	assente
Melappioni	no
Minardi	no
Modesti	no
Mollaroli	assente
Moruzzi	no
Novelli	sì
Pistarelli	sì
Procaccini	no
Ricci	no
Rocchi	assente
Romagnoli	sì
Secchiaroli	no
Silenzi	no
Spacca	assente
Tontini	no
Trenta	sì
Viventi	sì
Agostini	no
Amagliani	no
Amati	astenuto
Ascoli	assente
Avenali	no
Benatti	no
Brini	assente
Castelli	assente
Cecchini	sì

Ceroni	sì
Cesaroni	sì
Ciccioli	sì

*Il Consiglio non approva*

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE  
LUIGI MINARDI

PRESIDENTE. Emendamento n. 48. Ha la parola il consigliere Ceroni.

REMIGIO CERONI. Ritiriamo gli emendamenti dal n. 48 al n. 57.§

PRESIDENTE. Emendamento n. 58. Ha la parola il consigliere Ceroni.

REMIGIO CERONI. Penso che la cosa migliore del piano sia l'individuazione delle criticità dal punto di vista economico-finanziario, delle funzioni assistenziali, delle funzioni di supporto alle attività cliniche e di staff, strutturale e programmatico. Quello che contestiamo nel piano sono le misure che consentono di superare queste criticità e torno all'intervento fatto in precedenza.

Per quanto riguarda la spesa pro-capite voi dite che siamo al 3% rispetto alla media nazionale. In base alla relazione fornita dal Parlamento sulla situazione finanziaria del paese io dico che siamo fuori del 7% nei confronti della media nazionale. Penso che al piano bisognava allegare la spesa così come si è evoluta nel corso degli anni, diviso per la popolazione, avendo così la spesa pro-capite, potendo raffrontare questa cosa rispetto alle altre Regioni italiane. Naturalmente condividiamo le preoccupazioni sulla spesa pro-capite, condividiamo le preoccupazioni per l'aumento in parte avvenuto anche per effetto della eliminazione dei tickets per l'assistenza farmaceutica; il costo per l'assistenza ospedaliera è ancora superiore al 50%, mentre nella ripartizione nazionale la quota assegnata è di circa il 45%. Come facciamo rilevare che si assorbono 1.037 milioni di euro, di cui 403 nelle aziende ospedaliere e Inrca. Poi ci sono 507 milioni di euro negli ospedali di rete e 127 milioni di euro negli ospedali di polo. Sarebbe stato utile avere una

illustrazione dettagliata per singolo ospedale. Questi dati sono fondamentali per poter esprimere un giudizio sul piano; avere una relazione dettagliata della spesa sarebbe stato opportuno.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 59. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 59 bis.. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio approva*

Emendamento n. 60. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio approva*

REMIGIO CERONI. Ritiro gli emendamenti 61 e 62.

PRESIDENTE. Emendamento n. 63 a firma Cecchini, che ha la parola.

CRISTINA CECCHINI. Nella discussione in Commissione sanità avevo avuto modo di spiegare che sulle consulenze di ordine amministrativo, fiscale, legale la nostra Regione spende 11 milioni di euro, una cifra consistente. Era stato introdotta dalla stessa Commissione una frase che indica questo problema. Infatti si diceva "un esteso utilizzo di consulenze e collaborazioni coordinate e continuative che assorbe una rilevante quota di risorse. Tali spese necessitano di un'azione di revisione, controllo e attenta verifica al fine di rendere maggiormente appropriato l'utilizzo..." ecc. Il problema è che a pag. 34, quando si comincia a dire dove si taglia, questa riorganizzazione, semplificazione amministrativo-aziendale non viene indicata. L'assessore dice che in questo settore l'assessorato pensa di tagliare un milione e mezzo di euro, quindi la previsione è di 9,5

milioni di euro, così come dice l'assessore in giro. Secondo me è troppo poco. Mentre in Commissione mi ero lanciata su una riduzione generale, larghissima, siccome a pag. 34 noi diciamo che la riorganizzazione è di 15 milioni di euro, vorrei scrivere qualcosa di più, cioè propongo che ci sia un taglio rilevante in questo settore non sanitario.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Ceroni.

REMIGIO CERONI. C'è una voce che dice che negli ultimi cinque anni sono stati spesi 50 milioni di euro in questo senso. Sarebbe utile per il Consiglio sapere se è vera questa cifra e da chi è stata incamerata, per avere un quadro preciso della situazione. In linea di massima si dice che sono 10 milioni di euro ogni anno, per cinque anni. E' una cifra ragguardevole che sarebbe servita a contenere il deficit. Immagino che qualche spesa era ineliminabile, per consentire il funzionamento dei presidi, però sarebbe il caso che l'assessore ci illustrasse se è vera questa somma e come queste risorse sono state utilizzate.

PRESIDENTE. Ha la parola l'assessore Melappioni.

AUGUSTO MELAPPIONI. Parto dall'ultima questione sollevata dal collega Ceroni. Avrò senz'altro l'elenco preciso, recentemente aggiornato, delle consulenze. Anzi, le darò anche quello delle altre Regioni, se sarò in grado, così potrà fare un confronto.

Circa i dati che non sono nel piano, lei ha ragione quando dice che servono nella programmazione, però evitiamo di appesantire il piano, perché non è un'enciclopedia. Comunque, tutti i dati che lei ci chiede noi li abbiamo.

In risposta alla collega Cecchini dico che in più occasioni ho presentato una serie di dati che riguardavano un progetto industriale allineato con l'impostazione che avevamo dato noi uscendo dalla Giunta. A mio parere dobbiamo riallineare tutto rispetto a quello che è uscito dal Consiglio per capire se le dinamiche sono le stesse o sono cambiate.

Siamo una delle poche Regioni che già

nella finanziaria ha posto un percorso molto restrittivo sulle consulenze. Sono d'accordo, in linea generale, con la collega Cecchini rispetto alla necessità di utilizzare al meglio questa possibilità. Teniamo presente che alcune volte le consulenze rappresentavano la necessità di una copertura parziale di un'attività amministrativa in attesa che il riordino diventasse operativo, quindi non sono tutte e comunque, per definizione, in eccesso.

Rispetto al suo emendamento sono in difficoltà, perché riconosco che non ho capito l'italiano rispetto a quello che si vuol fare. Vorrei dare una risposta positiva, perché dal punto di vista teorico sono d'accordo, ma mi resta difficile capire quello che c'è scritto lì, per cui mi asterrò.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Cecchini.

CRISTINA CECCHINI. Se il problema è dell'italiano non adeguato, si cambia. Qualunque subemendamento dell'assessore che porti a dire che lavoriamo per ridurre le consulenze più di quanto non sia il controvalore di un milione e mezzo dell'euro, mi trova d'accordo.

PRESIDENTE. Andiamo avanti: nel frattempo potete presentare formalmente un subemendamento.

Emendamento n. 64. Ha la parola il consigliere Ceroni.

REMIGIO CERONI. Noi chiediamo che la funzione degli ospedali di polo sia meglio definita dal piano. Il problema è di metodo. Noi volevamo l'elenco degli ospedali di polo con le funzioni che debbono svolgere. Il piano serviva a questo. Siamo sempre sul generico. Avremmo voluto capire bene "questi sono gli ospedali, queste le funzioni, questi i reparti che si chiudono" e il piano, su questo è assolutamente carente.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 65. Ha la parola il consigliere Cecchini.

CRISTINA CECCHINI. Facciamo tutto il piano sulla residenzialità ex ospedaliera, cioè il taglio dei posti letto fino ad arrivare il 4 per mille. Rispetto a questo ci sono operazioni da fare, sia nei confronti delle proprietà delle Ipab sia nei confronti dei finanziamenti dell'art. 20. Su questo la Giunta deve pronunciarsi. Sono decine e decine di miliardi da ridestinare a queste opere.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Pistarelli.

FABIO PISTARELLI. Ci sono dei casi assolutamente da affrontare con urgenza e puntualità, perché si tratta addirittura di progetti che vengono dai primi anni '70. Questo meccanismo di funzionamento dell'art. 20 è tutto da rivedere anche nella sua farraginosità, nelle sue sovrapposizioni. La nostra realtà edilizia ospedaliera la dobbiamo governare con priorità, facendo una scaletta, perché se diamo un po' qui e un po' là non finiremo mai. Io ritengo che si tratti di superare questa fase e di dare dei moduli e delle scansioni precisi. Mi riferisco soprattutto alla clamorosa questione dell'ospedale di Macerata: trent'anni e ancora non è completato. Occorre aggiungere a questo ragionamento quali sono le nostre priorità regionali, poi ritorneremo a quello che vogliamo, ma con questo tipo di impostazione.

PRESIDENTE. Ha la parola l'assessore Melappioni.

AUGUSTO MELAPPIONI. Non sono d'accordo, perché un'affermazione di questo genere significa porre in termini assoluti un'indicazione di finanziamento e credo che sia contro quello che stava dicendo il collega Pistarelli, che come principio penso di accettare.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento.

*Il Consiglio non approva*

Subemendamento 66 a firma Ricci, che ha la parola.

ANDREA RICCI. Nell'emendamento 66 si definiscono alcune azioni per il potenziamento della funzione di vigilanza e controllo negli ambienti di lavoro, entrando nel dettaglio specifico. Io penso che questa materia abbia bisogno di un apposito progetto obiettivo che già è previsto nella tabella successiva sulle azioni da sviluppare. Con il subemendamento si definiscono i tempi di questo progetto obiettivo dicendo che deve essere predisposto entro il 2004. Soltanto attraverso un apposito progetto-obiettivo, data la complessità e l'importanza di questo problema credo che la Regione potrà adottare tutte le misure necessarie e oggi mancanti per ridurre il fenomeno degli infortuni sui luoghi di lavoro.

PRESIDENTE. Il consigliere Cecchini, illustra le modifiche all'emendamento n. 63.

CRISTINA CECCHINI. Dopo le parole del testo, si aggiunge "e realizzare una significativa riduzione della somma complessiva destinata alle stesse consulenze e collaborazioni".

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento come riformulato.

*Il Consiglio approva all'unanimità*

PRESIDENTE. Torniamo al subemendamento all'emendamento 66. Ha la parola il consigliere Ricci.

ANDREA RICCI. In questo emendamento si entra nel merito delle azioni da intraprendere per il potenziamento della funzione di prevenzione, vigilanza e controllo negli ambienti di lavoro. Ritengo che le azioni da intraprendere non siano soltanto queste e in ogni caso vadano discusse in maniera approfondita, data la complessità e l'importanza. Di conseguenza sarebbe meglio che il piano non entrasse nel merito delle azioni principali, perché io avrei dei dubbi rispetto alle azioni indicate. Quindi, piuttosto che scendere nel dettaglio rinviamo alla definizione di un apposito progetto obiettivo sulla

tutela della salute nei luoghi di lavoro e sarebbe la prima volta che nella nostra Regione si fa una cosa del genere per affrontare in tutta la sua complessità e importanza questa questione.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Cecchini.

CRISTINA CECCHINI. Sono d'accordo che si organizzi in maniera precisa un'iniziativa più definita rispetto alle quattro azioni che avevo indicato io. Siccome avevo presentato un'interrogazione sull'azione di vigilanza, quindi sull'applicazione della legge regionale sulle sanzioni rispetto alla quale non ho avuto risposta, ma rispetto alla quale ho fatto una verifica da cui risulta che in molte Asl i soldi vincolati non sono resi disponibili per i servizi di prevenzione, vorrei un impegno dall'assessore non solo di relazionare in aula, ma di impegnarsi, nelle more dell'approvazione della costruzione di questo progetto obiettivo, almeno all'applicazione di questa nostra legge regionale. Con questa nostra legge regionale noi destiniamo le sanzioni nei confronti delle imprese non in regola, al potenziamento, formazione, strumentazione per i servizi di prevenzione. Siccome è una cosa importante che abbiamo fatto e l'assessorato non l'ha potuta seguire adeguatamente, questa è una questione su cui l'impegno deve esserci oggi.

PRESIDENTE. Ha la parola l'assessore Melappioni.

AUGUSTO MELAPPIONI. Credo che ci dobbiamo chiarire su una questione. Ho sentito nella legge di riordino e sento anche su questa una serie di solleciti all'assessore a fare anche qualcos'altro. Io faccio un sollecito al Consiglio: mettetemi in condizioni di poterlo fare. Facciamo un piano sanitario che abbia le condizioni per poter applicare cose nuove che non facciamo. E' giusto che i consiglieri portino il problema su questo tavolo, ma è giusto anche che ci siano le condizioni per poterlo fare. Risponderò alla fine del piano sanitario se ci sono le condizioni, perché le condizioni nascono da quello che si fa nella riforma e quando si fa una riforma significa riorganizzare il siste-

ma. Siccome non sono un “produttore di banconote”, posso fare solo spostando risorse da una dimensione all’altra e cercando di ridurre gli sprechi, le spese improprie ecc., però credo che questo stia nel percorso complessivo.

PRESIDENTE. Pongo in votazione il subemendamento.

*Il Consiglio approva*

Emendamento n. 67, a firma Cecchini, che ha la parola.

CRISTINA CECCHINI. Non chiedo qui il voto nominale perché l’abbiamo già fatto.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l’emendamento.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 68, ritirato. Subemendamento all’emendamento 69. Ha la parola il consigliere Ricci.

ANDREA RICCI. Propongo di condensare l’emendamento 69 perché troppo lungo, quindi la proposta è di fermarsi “nell’esercizio del principio di autonomia del singolo nel percorso assistenziale”, cioè alla quinta riga.

PRESIDENTE. Pongo in votazione il subemendamento.

*Il Consiglio approva*

Gli emendamenti da 74 a 74 sono ritirati. Emendamento n. 75. Ha la parola il consigliere Ceroni.

REMIGIO CERONI. “L’ambito territoriale è dotato di una sua rete di servizi essenziali che consentono ad ogni persona che vive e lavora nella regione uguali opportunità di accesso ai servizi e la stessa qualità delle prestazioni a prescindere dalla loro residenza. L’ambito territoriale è il luogo di collaborazione tra il coordinatore d’ambito e il direttore di distretto nella elaborazione dei piani sociali di zona e dei

programmi di attività distrettuali”. Qui è stato inserito un emendamento che recita: “Questi ultimi faranno parte delle componenti del bilancio sociale”. Cosa significa? Bisognerebbe chiarire questo aspetto che mi ha creato qualche preoccupazione.

PRESIDENTE. Ha la parola l’assessore Secchiaroli.

MARCELLO SECCHIAROLI. Sempre nell’ottica dell’integrazione socio-sanitaria, siccome i piani di zona vanno fatti a livello di ambito, significa che nel bilancio sociale dell’ambito territoriale appariranno anche quelle voci economiche che riguardano l’integrazione socio-sanitaria nei settori previsti dal Dpcm che sono gli anziani, l’handicap ecc. Ad esempio, in un casa protetta la parte sociale sarà 100 e la parte sanitaria sarà 70 e nei bilanci sociali questa spesa dovrà apparire e sarà il segno concreto che è avvenuta l’integrazione socio-sanitaria.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l’emendamento.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 76. Ha la parola il consigliere Ceroni.

REMIGIO CERONI. Bisogna far coincidere i distretti sanitari con gli ambiti territoriali e sociali. L’organizzazione presenta delle incongruenze, per esempio nella provincia di Ascoli Piceno dove abbiamo accorpato, penso in maniera molto ragionevole e seria alcuni ambiti. Nella provincia di Ascoli Piceno ce ne sono diversi: qual è l’intenzione dell’assessore rispetto a questo?

MARCELLO SECCHIAROLI. Conosciamo tutti i percorsi fatti rispetto alla costituzione degli ambiti che sono stati per il 99% il frutto della concertazione dei sindaci. Abbiamo avuto la prima sperimentazione del piano di zona che hanno presentato il 31 maggio e tutte le cose in itinere che per quanto riguarda il sociale non funzioneranno dovranno trovare degli



aggiustamenti. All'interno di questi aggiustamenti, una volta approvato questo piano sanitario, è chiaro che i 24 piani sanitari dovranno adeguarsi, perché ancora non li abbiamo fatti. Però il discorso va di pari passo fra distretti sanitari e ambiti sanitari e sociali.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento.

*Il Consiglio non approva*

Sono ritirati gli emendamenti dal 77 all'87. Emendamento n. 88. Ha la parola il consigliere Ceroni.

REMIGIO CERONI. E' necessario una volta per tutte fare chiarezza sulle risorse. Noi riteniamo che le risorse che assegna lo Stato per far funzionare il servizio sanitario regionale siano sufficienti. Va riconosciuto che il Governo Amato nel 2000 aveva assegnato 124.000 miliardi per il funzionamento del servizio sanitario nazionale. Per il 2001 sempre il Governo Amato aveva previsto una somma pari a 128.000 miliardi. Il Governo Berlusconi, appena insediato — è stato messo probabilmente con le spalle al muro anche nelle Regioni di centro-destra, alcune delle quali saranno anche spendaccione e possono contare anche su un altro pil rispetto a quello delle Marche — ha incrementato le risorse, portandole per l'anno 2001 a 138.000 miliardi, con 10.000 miliardi in più. Non solo è intervenuto sull'anno 2001 ma anche sull'anno precedente, stanziando 2.700 miliardi in più per l'anno 2000. Il Governo poi ha messo mano anche agli anni successivi. Per il 2002 ha portato il fondo a 146.776 miliardi; per il 2003 ha stanziato 152.122 miliardi; per l'anno 2004 ha stanziato 157.371 miliardi. Se consideriamo a base il 2000 con 124.000 miliardi, abbiamo, a distanza di tre anni, aumenti anche superiori al 30%. Nel 2004 l'aumento rispetto al 2000 del Governo Amato è del 30%. Voglio capire nei vostri capitoli di bilancio dove avete messo il 30% in più, considerato che invece avete provveduto a tagliare in considerazione.

Il Governo Berlusconi si è anche fatto carico di chiudere i debiti pregressi e questo

non lo dite mai, però se andate sul sito Internet del Ministero della salute lo trovate. Con l'accordo 3 agosto 2000 anche il Governo D'Alema aveva promesso, però gli impegni non sono stati mantenuti, non ha provveduto a liquidare. Anche il Governo Amato si era impegnato a pagare il vecchio, l'ha promesso, però non aveva i fondi stanziati nel bilancio e non ha provveduto a pagare. Con la legge 129 del 2001 ha formalizzato la copertura finanziaria nei suddetti limiti. (*Interruzione*). Non hai protestato mai, dal 1995 ad oggi. Tant'è che sulla copertura del deficit il Governo è intervenuto per 13.738 miliardi fino all'esercizio 1994. Il Governo Berlusconi è andato a coprire il deficit che era rimasto scoperto fino al 1994. Non solo si è dovuto occupare di aumentare le risorse per i periodi correnti e successivi ma ha coperto anche per il 1994. Poi ha coperto anche il periodo 1995-1999. Quindi dire che il Governo nazionale ha tagliato le risorse sulla sanità significa essere fortemente ingrati, oltre che bugiardi.

La stessa battaglia l'avete fatta sul sociale, poi si è ampiamente dimostrato che il Governo non ha tagliato alcuna risorsa nel sociale, anzi le risorse nel sociale sono aumentate. Per chi vuole avere maggiori approfondimenti c'è il sito del Ministero della salute dove queste cose sono chiaramente argomentate.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Ricci.

ANDREA RICCI. Siccome non è la prima volta che ascolto il consigliere Ceroni affermare che la spesa sanitaria nel nostro paese è ampiamente sufficiente, voglio ricordare alcune cifre che per la verità ho già ricordato nella relazione alla legge di riordino. L'Italia, insieme a Grecia e Portogallo è il fanalino di coda all'interno dell'Ue per il rapporto tra spesa sanitaria e pil, 5,8%. Dieci anni fa era il 6,4%. La spesa media pro-capite in Italia è pari a 1.776 dollari rispetto ai 3.182 della Norvegia, 2.145 della Svezia, 2.243 del Giappone, 2.028 della Francia, 2.697 della Germania, ecc. L'Italia è intorno al 20° posto. Quindi, come si fa a dire che l'ammontare di risorse disponibili per il sistema sanitario nazionale è sufficiente? E'

il vostro ministro della salute che, presentando tre giorni fa il piano sanitario nazionale ha affermato “se la spesa sanitaria non aumenta, non saremo in grado di garantire questo livello di prestazioni”. Sono dati oggettivi, dopodiché è colpa solo del Governo Berlusconi? Io sono il primo a dire di no: sono dieci anni che la spesa sanitaria viene ridotta. Però sul fatto che non è sufficiente tutti dobbiamo dire la stessa cosa, perché è oggettivo che non è sufficiente, c'è bisogno di una inversione di rotta rispetto a tutto quello che si è fatto in questi dieci anni, Governo Berlusconi compreso, ma non unico responsabile di questa situazione.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Ceroni.

REMIGIO CERONI. Intanto prendo atto con piacere che il consigliere Ricci dice che non è responsabile solo il Governo Berlusconi, perché è la prima volta che lo sento dire in quest'aula. Non possiamo però trascurare che questo paese è stato amministrato, ormai da nove anni da Governi di sinistra, a cominciare da Ciampi, Dini, Prodi, D'Alema, Amato. Il taglio delle risorse l'hanno operato i Governi di sinistra. Le somme destinate al funzionamento del servizio sanitario nazionale non possono essere illimitate e debbono tener conto delle altre percentuali, perché sul 100% della spesa c'è la quota per la pubblica istruzione, c'è la quota per la difesa, ci sono le varie quote.

Non possono non rilevare come il Governo Berlusconi abbia invertito la tendenza. Poco, in maniera insufficiente, però c'è stata un'inversione di tendenza. Possiamo lamentarci che sono poche, però vi posso dire che alcune Regioni accorte, che hanno operato la riorganizzazione del servizio sanitario regionale nei tempi dovuti si trovano in condizioni diverse rispetto alla Regione Marche. Smettiamola di imputare al Governo nazionale responsabilità che non ha e magari apprezziamo lo sforzo che ha fatto di aumentare, anche se in maniera secondo voi insufficiente, la quantità di risorse.

PRESIDENTE. Ha la parola l'assessore Agostini.

LUCIANO AGOSTINI. Mi pare che l'intervento del consigliere Ceroni contenga alcune inesattezze, nonostante abbia accusato la maggioranza di essere bugiarda. Ammetto che a partire dal 1995 gli investimenti non sono stati puntualmente destinati alle Regioni, ma nel caso dell'azione del Governo Berlusconi la situazione non è rimasta uguale a prima o ha sanato, ha peggiorato, perché l'accordo dell'8 agosto 2001 è vero che presupponeva risorse in più, a fronte della diminuzione del numero dei posti letto, dell'allineamento al 4 per mille, quindi queste cose bisogna dirle, perché sul territorio si dice “la Regione Marche taglia i posti letto”. No, c'è l'adeguamento, in base all'accordo dell'8 agosto al 4 per mille dei posti letto e la non possibilità, a partire dal gennaio 2002, di coprire con mutui il deficit della spesa sanitaria, che può anche essere corretto sul piano finanziario... Non lo ha deciso per decreto Amato, caro Viventi. Per decreto l'ha fatto Sirchia, nel senso che un provvedimento giusto sul piano finanziario, che non contesto, va preso in accordo con le Regioni, con una gradualità di approvazione, non imponendo un provvedimento per decreto il 10 gennaio, mettendo le Regioni in una condizione ancora peggiore. Non potendo mantenere, al pari degli altri Governi, l'erogazione della spesa così come era stato previsto con l'accordo dell'8 agosto, la situazione è peggiorata.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento.

#### *Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 89. Ha la parola il consigliere Cecchini.

CRISTINA CECCHINI. A pag. 34 indichiamo i vari tipi di tagli finanziari, fra i quali c'è quello che riguarda la rete ospedaliera. Da parte di questo piano si propone di tagliare nel 2003 10 milioni di euro, nel 2004 20 milioni di euro, altrettanti nel 2005. Con questa proposta si cerca di rendere proporzionale il taglio, non solo sugli ospedali di polo. Perché dico che la proposta è solo sugli ospedali di polo? Perché si dice che si devono riqualificare gli ospedali di

VII LEGISLATURA — SEDUTA N. 143 DEL 25 GIUGNO 2003

rete, si devono potenziare le aziende ospedaliere e ridurre gli ospedali di polo. Con questo emendamento io voglio fare un'altra operazione. L'emendamento dice che i tagli saranno proporzionati alla percentuale della spesa ospedaliera e ripartiti tenendo conto che la spesa totale delle strutture pubbliche ospedaliere ha registrato nel 2001 costi di gestione per 1.037 milioni di euro, di cui 403 nelle aziende ospedaliere e Inrca, 507 negli ospedali di rete e 127 negli ospedali di polo. Io propongo che la percentuale dei tagli sia: 40% concentrato nelle aziende ospedaliere e Inrca, 50% negli ospedali di rete e 10% nei piccoli ospedali. Chiedo la votazione per appello nominale anche a nome dei consiglieri Romagnoli e Pistarelli.

PRESIDENTE. Prego di procedere alla votazione per appello nominale.

PIETRO D'ANGELO, *Consigliere segretario*. Procedo alla chiama:

Amagliani	no
Amati	no
Ascoli	assente
Avenali	no
Benatti	no
Brini	sì
Castelli	assente
Cecchini	sì
Ceroni	sì
Cesaroni	assente
Ciccioli	assente
D'Ambrosio	no
D'Angelo	no
Donati	no
Favia	no
Franceschetti	no
Gaspero	sì
Giannotti	sì
Grandinetti	assente
Luchetti	no
Martoni	no
Massi Gentiloni Silveri	sì
Melappioni	no
Minardi	no
Modesti	no
Mollaroli	no
Moruzzi	assente
Novelli	sì
Pistarelli	sì

Procaccini	no
Ricci	no
Rocchi	no
Romagnoli	sì
Secchiaroli	no
Silenzi	assente
Spacca	no
Tontini	no
Trenta	assente
Viventi	sì
Agostini	assente

*Il Consiglio non approva*

PRESIDENTE. Emendamento n. 90. Ha la parola il consigliere Cecchini.

CRISTINA CECCHINI. L'assessore è in genere molto attento al lavoro delle altre Regioni. Alcune che hanno applicato già il day-surgery con più celerità di noi, si sono ritrovate, nella sua valutazione, a verificare che un utilizzo senza possibilità di deroghe mette in difficoltà i cittadini più fragili, disabili e persone anziane. Questo emendamento intende proporre una formulazione che non sia "queste prestazioni si fanno in day-surgery", punto e basta, ma "a condizione che il paziente sia in grado di potere reggere il day-surgery". Ho letto il dibattito fatto in Emilia Romagna e il presidente dell'Unione ciechi ha detto a nome di tutte le categorie dei disabili, che non è la stessa cosa fare il day-surgery senza una famiglia di appoggio. Quindi chiedo se non sia possibile che nella previsione degli standards operativi questa questione sia messa per iscritto.

In Emilia Romagna tutte le organizzazioni di disabili dicono "non ce le facciamo a stare in regime di day-surgery". Siccome cominciamo a fare il day-surgery sul serio e prevediamo di aumentare le percentuali in modo sostanzioso, vale la pena di leggere il dibattito delle Regioni che lo hanno già realizzato. Questa questione non è secondaria, perché riguarda le persone anziane e i disabili.

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE  
SANDRO DONATI

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Ceroni.

REMIGIO CERONI. Intervengo per dire che la Giunta regionale non ha voluto affrontare i problemi veri della sanità marchigiana, per cui rinvia tutto. La riorganizzazione non era quella che necessitava e non si capisce come potrà produrre risparmi di 25-30 milioni di euro in questi tre anni. Non affronta il problema della riorganizzazione della rete ospedaliera, dove pure sono previsti risparmi per 20 milioni di euro. Non vedo come potranno essere ottenuti risparmi in relazione alla spesa farmaceutica. I dati dicono che la spesa farmaceutica nei primi due mesi dell'anno 2003 ha avuto una riduzione dell'11,2%. Se nel 2002 è stata pari a 308 milioni di euro, con una riduzione dell'11% andremo a circa 280 milioni di euro. Nella quota assegnata attraverso la ripartizione del fondo sanitario nazionale siamo a 263 milioni di euro, quindi c'è, rispetto alla disponibilità, un aumento di almeno 20 milioni di euro. Come farete a risparmiare 20 milioni di euro se è plausibile una carenza di 20 milioni di euro? Senza prendere alcuna iniziativa, alcuna misura di contenimento della spesa, come potranno essere credibili questi risparmi? Non risparmiamo niente sull'organizzazione, non risparmiamo niente sulla rete ospedaliera, non risparmiamo niente sulla farmaceutica, come faremo a ottenere 60 milioni di euro di risparmi nel 2003? Ho l'impressione che il piano sia campato per aria. Al di là dei buoni propositi non vedo azioni concrete che determinino nel corso di questo anno ma anche in quelli futuri, un contenimento della spesa.

PRESIDENTE. Ha la parola l'assessore Melappioni.

AUGUSTO MELAPPIONI. Non vorrei usare la classica frase della pagliuzza e della trave, ma ringrazio la collega Cecchini che fa il confronto con un'altra regione e magari poi, quando entreremo su altri argomenti, spero che sia ugualmente allineata su quello che hanno fatto altre Regioni. Credo che declinare così significa rischiare di far rimanere fuori una serie di categorie specifiche che hanno la stessa esigenza. Ecco perché noi abbiamo messo un termine che secondo me allinea meglio le questioni. Appropriatezza significa anche questo, signifi-

ca utilizzare il regime ospedaliero in considerazione di un contesto complessivo e questo non vale soltanto, e giustamente, per i disabili e le persone anziane. Penso quindi che questo emendamento peggiori quello che abbiamo scritto noi.

CRISTINA CECCHINI. Chiedo la votazione per appello nominale a nome anche dei colleghi Pistarelli e Romagnoli.

PRESIDENTE. Prego di procedere alla votazione per appello nominale.

PIETRO D'ANGELO, *Consigliere segretario*. Procedo alla chiama:

Brini	no
Castelli	assente
Cecchini	sì
Ceroni	sì
Cesaroni	sì
Ciccioli	sì
D'Ambrosio	no
D'Angelo	no
Donati	no
Favia	sì
Franceschetti	no
Gasperi	sì
Giannotti	sì
Grandinetti	assente
Luchetti	no
Martoni	no
Massi Gentiloni Silveri	sì
Melappioni	assente
Minardi	assente
Modesti	no
Mollaroli	no
Moruzzi	assente
Novelli	assente
Pistarelli	sì
Procaccini	no
Ricci	no
Rocchi	no
Romagnoli	sì
Secchiaroli	no
Silenzi	assente
Spacca	no
Tontini	no
Trenta	assente
Viventi	sì

Agostini	no
Amagliani	no
Amati	no
Ascoli	assente
Avenali	no
Benatti	no

*Il Consiglio non approva*

L'emendamento n. 92 decade. Gli emendamenti da 92 a 97 sono ritirati.

Emendamento n. 98. Ha la parola il consigliere Cecchini.

CRISTINA CECCHINI. Sono prestazioni odontoiatriche.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 100. Ha la parola il consigliere Ricci.

ANDREA RICCI. Come maggioranza riteniamo di accogliere questo emendamento, con un subemendamento: proponiamo di cambiare il termine "svolgere" con "potenziare", in quanto una parte di queste attività sono già svolte.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Romagnoli.

FRANCA ROMAGNOLI. Siamo d'accordo nel recepire il subemendamento. Ritenevamo infatti che questa parte fosse lacunosa, in particolare dove ometteva di parlare di prevenzione. Va bene agevolare e favorire il percorso all'interruzione volontaria di gravidanza, occorre pure che si svolga adeguata opera di prevenzione, in particolare mediante sostegno fattivo ed aiuti economici, a coloro che non ricorrono all'IVG ma accettino la maternità ed abbiano condizioni economiche disagiate.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento come modificato.

*Il Consiglio approva*

Decadono gli emendamenti 101 e 102. Emendamento n. 103. Ha la parola il consigliere Cecchini.

CRISTINA CECCHINI. Lunedì abbiamo approvato la mozione che riguardava il monitoraggio sulle patologie oncologiche fra i giovani. Io mi sono dimenticata, quando abbiamo discusso l'emendamento precedente, ma era necessario aggiungere una frase, solo che adesso siamo già a pag. 38, quindi la Commissione potrebbe farlo proprio e tornare su pag. 37.

ANDREA RICCI. Possiamo preparare un ordine del giorno...

CRISTINA CECCHINI. Dovevamo farlo sul 98...

PRESIDENTE. Ha la parola l'assessore Melappioni.

AUGUSTO MELAPPIONI. Rispetto a quell'ordine del giorno credo che sia sufficiente quello che abbiamo scritto lì. Non ricordo bene, ma non credo che avessimo votato che lo avremmo messo sul piano sanitario. Per la Giunta basta l'ordine del giorno votato lunedì.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 104 a firma Ceroni. Viene ritirato, così come gli emendamenti 105 e 106. Emendamento 107 a firma Cecchini, che ha la parola.

CRISTINA CECCHINI. Si chiudeva il paragrafo 2.1.2.2 che indicava la sicurezza come elemento di qualità della vita e prima di declinare le diverse politiche veniva un impegno alla Giunta di fare i progetti obiettivi, sia quello sugli ambienti di lavoro deciso qualche minuto fa, sia quello per il rischio ambientale, sia quello per la sicurezza alimentare.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Ricci.

ANDREA RICCI. L'emendamento può essere accolto, modificando però la data, perché entro sei mesi non ci si riesce. Quindi, "entro il 2004...".

PRESIDENTE. Ha la parola l'assessore Melappioni.

AUGUSTO MELAPPIONI. non ho niente in contrario in linea di principio, ma comincio a preoccuparmi, perché un piano sanitario frantumato in tutti progetti obiettivo rischia di perdere una continuità di logica, anche se rispetto a queste tematiche non ho assolutamente niente come principio, sul fatto specifico. Richiamerei l'attenzione dei consiglieri sul fatto che la frantumazione del piano su progetti di questo genere rischia di non farci svolgere un'azione complessiva sulle risposte che dobbiamo dare.

PRESIDENTE. Pongo in votazione il subemendamento, sostitutivo dell'emendamento.

### *Il Consiglio approva*

Emendamento n. 108 a firma Pistarelli, che ha la parola.

FABIO PISTARELLI. Questo è uno degli emendamenti fondamentali che abbiamo inserito nella discussione generale di questo piano e riguarda la questione degli anziani. Perché è fondamentale? Non tanto per la questione formale dell'inserimento di specificazioni che abbiamo indicato in questo lungo emendamento, necessariamente lungo, quanto per la questione di sostanza. Non ha tutti i torti l'assessore Melappioni, il quale dice "con tutti questi progetti obiettivo rischiamo di non avere un quadro organico della situazione". Prendiamo per buono questo ragionamento. Delle due l'una: o inseriamo nel piano sanitario regionale le nostre immediate priorità, oppure per forza di cose dobbiamo riferirci a qualche altro passaggio e atto successivo. Siccome la scelta è stata a metà, dico che su certe cose possiamo inserire subito, su altre la definizione deve essere per forza di cose posticipata. Una di queste cose che dobbiamo inserire subito è sicuramente la

questione anziani. Recependo queste tre cartelle abbiamo già un progetto obiettivo fatto nei criteri generali che poi specificheremo, perché l'ultima parte delle linee del progetto, la specificazione (numero posti letto, servizi geriatrici anche in ospedali di polo) di tutte queste cose deve essere inserita già ora, altrimenti che atto programmatico è, se rinvia tutto a definizioni successive? Qualcosa può essere rinviato, ma qualcosa dobbiamo inserire, proprio prendendo per buono il ragionamento di Melappioni, cioè "facciamo un discorso organico". Ma allora cominciamo a dire in questo piano quali sono i nostri criteri, i criteri che devono ispirare la programmazione regionale e pertanto essere i cardini della gestione diretta di determinati settori. Sull'anziano è fondamentale l'attenzione che deve essere posta. Abbiamo ripreso considerazioni non nostre ma delle società scientifiche di geriatria, scuola che in Italia da 50 anni sta approfondendo la questione. Abbiamo detto che c'è un chiaro squilibrio tra gli assunti di principio — la popolazione invecchia, la popolazione anziana sopra il 60%, c'è un'incidenza che è ancora superiore rispetto alla spedalizzazione della popolazione anziana rispetto al resto della popolazione — e poi non individuiamo, se non attraverso un rinvio sic et simpliciter... Perché qui si dice "progetto obiettivo anziani, da approvarsi con atto del Consiglio regionale che verrà definito entro il 2003, non individuiamo neppure una delle linee che vogliamo percorrere. Individuiamole. L'equilibrio dei posti letto è una cosa importante. E' vero che le medicine generali fanno principalmente anziano, ma è altresì vero che c'è una specializzazione sull'anziano che si chiama geriatria, altrimenti riaccorpamo tutto nella medicina generale. Se il criterio che usiamo sull'anziano è il fatto che comunque il medico di medicina generale fa l'anziano, allora rimettiamo nella medicina generale tutto, rimettiamoci dentro la cardiologia, la nefrologia, la diabetologia, le malattie infettive, la pediatria, tutto. Perché le specificazioni valgono per la cardiologia o la nefrologia, giustamente, e non devono valere per la geriatria, come scuola che da 50 anni sta studiando specificamente gli interventi nel settore anziani. Siccome l'incidenza dell'anziano è così alta ed è alto anche il

numero degli ingressi e rientri in ospedale, perché il percorso tante volte è questo, se andiamo ad affrontare il problema con un'ottica nuova, organica, che guarda l'anziano nella sua specificità e nella sua fragilità complessiva e non solo alla patologia d'organo propria dei medici di medicina generale... Perché l'anziano, quando entra nella fragilità ha bisogno di un intervento organico, al di là della patologia d'organo che viene curata dal medico di medicina generale o dall'altro specialista. Dobbiamo allora dirci, tra noi, che questa questione del potenziamento della geriatria, non è solo il potenziamento di un settore per fini non si sa poi di che cosa, perché sono 35 i geriatri nelle Marche.

Dobbiamo fare in modo di limitare la discrepanza tra medicina e geriatria, dobbiamo parlare della questione dei posti letto, dobbiamo parlare della centralità della geriatria per evitare quello che sta accadendo oggi, cioè non solo una duplicità o triplicità di intervento che non è organico ma anche duplicità e triplicità di costi e poi di difficoltà di reggere l'impatto con la spesa. I rientri dopo le dimissioni, quanto costano? Negli anni '70 c'è stato il "baby-boom", si è potenziata la pediatria; oggi c'è un discorso di invecchiamento, si deve potenziare questo aspetto, perché quando c'erano tanti bambini non si è andati a dire "il pediatra, che cosa vuole?", giustamente. Oggi c'è questo problema, quindi dobbiamo avere lo stesso approccio nei confronti dell'anziano. Oggi c'è il pediatra di libera scelta, c'è il medico che guarda tutta la questione di medicina generale, ci deve essere l'altro "tipo". invece in questo nostro piano manca, c'è solo un assunto di principio che rimanda. Chiediamo che su questo si spenda, ma culturalmente, perché sarà poi risparmio finanziario. Si faccia una battaglia culturale affinché questi concetti entrino a far parte del nostro patrimonio, come fa parte del patrimonio delle altre nazioni del mondo, perché stanno parlando così l'Inghilterra, l'America, la Svezia, tutti.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Ciccioli.

CARLO CICCIOI. Ci si è detto da parte

dell'assessore e del Presidente, che noi prima avevamo preannunciato una battaglia di contenuti e poi ci si ferma su modesti emendamenti. Questo emendamento è fortemente di sostanza, a cui hanno contribuito illustri geriatri della nostra regione. Credo che le cifre possano parlare più delle chiacchiere. La cronicità rappresenta l'80% dei giorni di ospedale, il 70% delle ammissioni, l'83% della spesa di farmaci, il 65% delle visite, il 60% degli interventi di pronto soccorso, il 70% complessivo della spesa medica. Questo è costituito prevalentemente dalla spesa per gli anziani. Se si riesce a dare una risposta seria e significativa al problema degli anziani si dà una risposta seria e significativa alla sanità e al contenimento della spesa. Cerchiamo di dare una risposta corretta, e la risposta corretta è nelle cure corrette.

Tra le persone che richiedono più prestazioni mediche sono gli anziani, sia quelle proprie che quelle improprie. Le persone che tendono di più a fare le analisi di laboratorio, sieriche e strumentali sono gli anziani, proprie e improprie; le persone che acquistano di più i farmaci sono gli anziani, propri e impropri; le persone che hanno più attenzione all'evoluzione del proprio stato fisico sono gli anziani. Noi dobbiamo dare una risposta forte a questo settore e l'approvazione di questo emendamento qualificante, scritto da esperti con una storia di attività nel settore forte, sarebbe un passaggio significativo nella direzione della collaborazione, cioè le forze politiche, anche d'opposizione, collaborano a un piano per tutti. Per questo sottolineo l'esame di questo articolatissimo emendamento che tra l'altro copre un vuoto in questo settore.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Cecchini.

CRISTINA CECCHINI. Sentivo la necessità di chiedere un ragionamento esplicito da parte dell'assessore, circa il ruolo che vogliamo dare alle medicine degli ospedali di polo, degli ospedali di rete e delle aziende ospedaliere e, di conseguenza, alla geriatria, perché se non parliamo di questo di cosa parliamo? Un conto sono le patologie curate dalle medicine, un conto sono le patologie curate dalle medicine

quando c'è il pronto soccorso e comunque ci sono gli anziani. Rispetto alla cronicità, alla vecchiaia, alla disabilità, l'emendamento propone una soluzione che potrebbe anche non essere se qualcuno ragionasse su che ruolo vuol dare alle medicine e alle medicine degli ospedali di polo, altrimenti qui non parliamo di niente. Io dico che questo emendamento ha la capacità di ragionare in modo evidente sugli anziani, che sono la grande questione che dobbiamo affrontare quando parliamo di salute e ovviamente agli anziani non possiamo dire "interventiamo sulla prevenzione", che pure è una questione sulla quale bisogna lavorare, né possiamo dire solo che è meglio l'intervento domiciliare, un intervento che bisogna fare, o ridurre l'intervento di non ospedalizzazione perché non è la cosa più adeguata ecc. Tutti i discorsi che ci sono fatti rimangono, ma se non si chiarisce che cosa vogliamo davvero fare, cioè quali sfide il servizio sanitario pubblico vuol mettere sull'anziano, facciamo fatica a ragionare. Non è una questione irrilevante, perché la risposta può anche essere quella dei posti per la geriatria, ma la questione può anche non esserlo. Le reti cliniche sulle medicine: sarebbe bene che qualcuno declinasse questo ragionamento, altrimenti io sono fra quelli che può votare un emendamento simile, perché rispetto all'anziano mette in fila un ragionamento. Sarei pronta anche a non votarlo, a condizione che sugli obiettivi strategici della non autosufficienza della popolazione marchigiana qualcuno della Giunta dicesse che cosa si aspetta da questo piano e, oltre alla ospedalizzazione, quali altre risposte, che in parte sono descritte, perché ci siamo studiati tutte le pagine e c'è scritto, però rispetto a questa questione a me non basta sentir dire "le reti cliniche di medicina", voglio capire quale medicina, che differenza c'è fra la medicina dell'ospedale di polo e quella dell'ospedale di rete e di conseguenza la geriatria ha una funzione o un'altra, quali pluripatologie vanno lì e quali nella medicina. Vorrei essere convinta, con un ragionamento, su questo.

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

**ANDREA RICCI.** Questo emendamento è

degnò della massima attenzione, tanto è vero che è stato oggetto prima di una interessantissima presentazione in sede di audizione da parte della Società dei geriatri della nostra regione e successivamente di una approfondita discussione e di un serio esame, perché le problematiche che pone sono importanti e per alcuni aspetti reali. In parte, per alcuni aspetti, la problematica che questo emendamento porta avanti è stata accolta all'interno del piano in altre parti, in modo particolare nella parte riguardante l'assistenza domiciliare integrata, laddove si sottolinea, nel piano, la necessità di una maggiore continuità assistenziale nel passaggio tra l'ospedale e il territorio, in modo particolare per quanto riguarda i pazienti anziani. In questo modo si dà una risposta solo parziale, ma un inizio di risposta al problema che i geriatri ospedalieri hanno posto, che era quello di un ruolo di continuità nel percorso di cure e di assistenza verso gli anziani problematici, che vedesse coinvolta anche l'unità operativa geriatrica ospedaliera, anche al di fuori dell'ospedale. A pag. 89 è stato inserito un passaggio di questo tipo. Così come nella stessa parte è stata inserita un'ulteriore aggiunta rispetto al testo iniziale del piano, riguardante lo sviluppo di percorsi assistenziali per alcune tipologie di pazienti, e ci si riferisce in modo particolare ad anziani con polipatologie, pazienti affetti da malattia di Alzheimer, con l'obiettivo di una forte integrazione interprofessionale e interdisciplinare per garantire una compiuta attività assistenziale. Quindi anche quest'altro punto in qualche modo recepisce le indicazioni culturali e pratiche che questo emendamento ci pone all'attenzione. Quindi, da una parte l'approccio che sta alla base di questo emendamento trova un parziale riconoscimento in altre parti del piano. Certamente un riconoscimento parziale, anche perché, per quanto riguarda altri aspetti di questo emendamento, come già sottolineavano i presentatori in aula, si richiederebbe un cambiamento culturale profondo e si richiederebbe anche una profonda revisione dell'attuale assetto organizzativo dei servizi ospedalieri, in modo particolare per quanto riguarda la funzione delle medicine generali, cosa che non è possibile, date le condizioni oggettive in cui il nostro sistema si trova oggi,



operare in maniera brutale attraverso una predisposizione del piano sanitario regionale che rovescerebbe l'ottica, sulla base del quale, fino ad oggi, il sistema è impostato. Forse un limite di questo emendamento riguarda un'attenzione eccessiva alla geriatria ospedaliera, perché in realtà anche il percorso assistenziale dell'anziano deve trovare nell'ambito della disciplina geriatrica, ulteriori strumenti di azione rispetto a quelli esclusivamente ospedalieri.

In sintesi, noi non ci sentiamo di accogliere questo emendamento per le motivazioni che dicevo prima, riteniamo che il contributo portato in sede di consultazioni dai medici geriatri sia stato in parte accolto e già questa è una novità rispetto alla situazione precedente, riteniamo inoltre che, all'interno del percorso di definizione del progetto obiettivo anziani sarà forse possibile avviare quella riflessione e quel dibattito di carattere culturale che potrà portare anche ad una modifica strutturale dell'attuale assetto, relativamente ai servizi offerti.

Mi pare che in ogni caso debba essere evidente che il contributo portato è stato preso in seria considerazione e rappresenta anche l'avvio di una inversione di tendenza.

**PRESIDENTE.** Ha la parola l'assessore Secchiaroli.

**MARCELLO SECCHIAROLI.** Aggiungo soltanto pochissime cose a quanto detto dal collega Ricci, perché penso che non il contenuto dell'emendamento è importante, ma l'emendamento è strettamente sanitario-ospedaliero rispetto ad una problematica come quella della non autosufficienza degli anziani che credo abbia più dimensioni e sulla quale la Giunta regionale e la Regione sono impegnate alla stesura di un progetto complessivo di intervento che parte proprio dalla preparazione del convegno che ci sarà il 4-5 luglio, dove gruppi di lavoro, da tempo stanno lavorando su tutta questa problematica. Da questo convegno dovrebbero uscire le linee guida rispetto ad un progetto complessivo anziani che partano dalla prevenzione socio-sanitaria, alla necessità di avere un patto tra le generazioni, alla valorizzazione delle risorse anziani, affrontan-

do tutto il modello organizzativo, l'accesso unico al sistema dei servizi, la centralità della valutazione, che è una parte di questo emendamento su cui si sta discutendo, la progettazione del percorso personalizzato e la valutazione dei risultati, l'attuazione delle linee guida dell'Adi (incrementi e finanziamenti già previsti in questo piano), nuove forme di intervento e flessibilizzazione dei servizi necessari affinché non si rincorra sempre la problematica della non autosufficienza che tra l'altro è alla ribalta nazionale con la legge che già c'è in Parlamento e tutto il sistema semiresidenziale, dai centri diurni agli spazi leggeri d'incontro degli anziani, al sistema residenziale che è parte integrante di tutto questo piano sanitario.

Nel documento che è frutto dell'elaborazione di questi gruppi di lavoro si parlerà di formazione, di monitoraggio e anche di azioni alternative necessarie, come la diffusione di gruppi di automutuo aiuto. Su tutta questa partita, dopo il 5 luglio avremo sicuramente gli elementi per iniziare il confronto già in atto con le forze sociali, con i sindacati. Nonostante sia importante l'emendamento, è molto limitativo e troppo sanitario rispetto alla complessità dell'argomento.

**PRESIDENTE.** Prego di procedere alla votazione per appello nominale a nome dei consiglieri Pistarelli, Romagnoli e Gasperi.

**GABRIELE MARTONI, Consigliere segretario.** Procedo alla chiama:

Ascoli	assente
Avenali	assente
Benatti	no
Brini	sì
Castelli	assente
Cecchini	sì
Ceroni	sì
Cesaroni	assente
Ciccioli	sì
D'Ambrosio	assente
D'Angelo	no
Donati	no
Favia	assente
Franceschetti	no
Gasperi	sì
Giannotti	sì

VII LEGISLATURA — SEDUTA N. 143 DEL 25 GIUGNO 2003

Grandinetti	assente
Luchetti	no
Martoni	no
Massi Gentiloni Silveri	sì
Melappioni	assente
Minardi	assente
Modesti	no
Mollaroli	no
Moruzzi	no
Novelli	sì
Pistarelli	sì
Procaccini	no
Ricci	no
Rocchi	no
Romagnoli	sì
Secchiaroli	no
Silenzi	assente
Spacca	no
Tontini	no
Trenta	assente
Viventi	sì
Agostini	no
Amagliani	no
Amati	no

*Il Consiglio non approva*

PRESIDENTE. Gli emendamenti dal 109 al 122 vengono ritirati.

Emendamento n. 123. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 124. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

L'emendamento n. 125 è ritirato. Emendamento n. 126 a firma Massi.

FRANCESCO MASSI GENTILONI SILVERI. Lo aggancio al 133. Parliamo della terapia intensiva neonatale, una di quelle materie sulle quali chiedo alla Giunta di pronunciarsi. Per non dare ancora adito e legittimazione a un atteggiamento ostruzionistico, anch'io aspetto di capire se questo ed altri emendamenti possano essere almeno ragionati e valutati.

Questo non era stato previsto, noi riteniamo che la terapia intensiva neonatale, una per provincia, sia una funzionalità di secondo livello che questa regione merita, vorremmo sapere qual è l'intenzione della Giunta.

PRESIDENTE. Ha la parola l'assessore Melappioni.

AUGUSTO MELAPPIONI. Alla fine di questo piano noi abbiamo mandato alla stesura definitiva — in bozza è già costruito — di quello che viene definito POMI (progetto obiettivo materno-infantile) e dentro quel progetto daremo una risposta rispetto a un argomento che ormai il Consiglio regionale affronta da circa 8-9 anni. Vorrei tuttavia ricordare al collega che ormai sulle specializzazioni in sanità, settori specifici in sanità, c'è comunque una sintesi che viene fatta dalla politica, ma ci sono ormai gli elementi dell'oggettività che nasce dalla produzione di società scientifiche che individuano qual è il numero minimo di prestazioni, di bacino, di abitanti, di patologie specifiche. Quindi non è tanto il numero delle province, ma proprio il bacino d'utenza, nell'ottica di salvaguardare, anzitutto, la priorità della qualità delle prestazioni che vengono date per bacino di utenza, per numero di prestazioni possibili. Quindi, dentro il progetto obiettivo, daremo una risposta definitiva.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento.

*Il Consiglio non approva*

Vengono ritirati gli emendamenti dal 127 al 129. Emendamento n. 130. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio approva*

Emendamento n. 133. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 134. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio approva*

Vengono ritirati gli emendamenti da 135 a 150. Emendamento n. 151 a firma Pistarelli, che ha la parola.

FABIO PISTARELLI. L'emendamento vuol inserire un punto i) riguardante il profilo dell'emergenza psichiatrica. Il momento dell'emergenza è assai delicato nel percorso di assistenza sanitaria del malato psichico, molto delicato, perché in molti casi succede che il centro dei salute mentale sia distante dal pronto soccorso, sia distinto come struttura e ci siano chilometri. Il problema è individuare un profilo sanitario dell'emergenza psichiatrica, perché in molti casi succede che la famiglia che ha l'emergenza, un'emergenza psichiatrica si deve rivolgere al 118, al pronto soccorso, il pronto soccorso non sempre ha le condizioni, soprattutto l'organico presente dentro l'ambulanza del 118, non ha la possibilità di fare una immediata, precisa e puntuale diagnosi e trasferirsi subito al centro di salute mentale, perciò si passa attraverso le maglie ordinarie dell'emergenza e dell'acuzie, con delle difficoltà di trattamento immediato del paziente colpito da acuzie per quanto riguarda la crisi psichiatrica. Quindi non è possibile subito trattarlo, sedarlo e la famiglia vive attimi, momenti e situazioni molto difficili e delicati. Tutto questo deve far parte delle indicazioni di piano per quanto riguarda il profilo dell'emergenza, cioè un profilo indicato anche in questo punto del piano, nelle azioni più opportune per realizzare gli interventi per la salute mentale. Forse in qualche altra parte è accennata questa questione, non so se nei punti precedenti, ma un profilo di emergenza psichiatri. Se esiste ne do atto e ritiro l'emendamento. L'importante è tener presente che si tratta di un grosso problema.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Ricci.

ANDREA RICCI. Il problema è reale ed è già presente nel piano con una modifica apportata dalla Commissione, laddove a pag. 58, punto c), si parla della verifica delle modalità di funzionamento, dell'attivazione dell'emergenza

psichiatrica e dei conseguenti percorsi assistenziali, quindi si intende che vanno costruiti specifici percorsi assistenziali per l'emergenza psichiatrica.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Pistarelli.

FABIO PISTARELLI. Ritiro l'emendamento.

PRESIDENTE. Sono ritirati gli emendamenti a 152 a 159.

Emendamento n. 160 a firma Pistarelli, che ha la parola.

FABIO PISTARELLI. Le questioni relative a questo punto sono quelle riguardanti la disabilità e l'inserimento di questa specificazione va nel senso che abbiamo discusso in Commissione, cioè le unità operative che riguardano la valutazione della disabilità. Qui si specifica che hanno compiti di informazione, prevenzione, valutazione e verifica degli interventi educativi, riabilitativi, di integrazione scolastica, sociale e lavorativa, soggetti in condizioni di difficoltà; hanno inoltre il compito di integrare i programmi di diagnosi, cura, riabilitazione... ecc. E' una specificazione, perché nella pag. 62 c'è un problema di funzioni delle Umea. Questa specificazione penso vada nel senso di chiarire — in parte è stato fatto, perché sono stati accolti degli emendamenti in questo senso — che è un compito di affiancamento e non una struttura che ex novo viene ad assorbire risorse, energie ecc. e carichi anche organici che vanno nel senso del percorso sanitario. E' l'affiancamento per quanto riguarda queste distinzioni di ruoli. Questo era il senso dell'emendamento e non so se è sufficiente quello che era scritto nel piano o se può essere accoglibile.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Ricci.

ANDREA RICCI. Noi riteniamo che con la modifica apportata in Commissione sia già contenuto il concetto di questo emendamento che è condiviso, laddove si parla, per queste unità, di compiti di coordinamento delle attivi-

tà di diagnosi, cura e riabilitazione, pag. 62. Abbiamo usato il termine “coordinamento”, quindi riteniamo che nella sostanza il contenuto dell’emendamento sia presente nel testo modificato.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l’emendamento.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 171. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 174. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 175. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 180. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio approva*

Emendamento n. 182. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio approva*

Subemendamento 0184 a firma Viventi, che ha la parola.

LUGI VIVENTI. E’ la richiesta del servizio 118 in maniera omogenea su tutto il territorio con copertura giornaliera.

PRESIDENTE. Ha la parola l’assessore Melappioni.

AUGUSTO MELAPPIONI. Quello che si è attivato è un percorso che si basa su una serie di criteri, quindi se c’erano dei criteri da votare li avrei votati, ma senza criteri che dicano qual è

il percorso è difficile. Noi ci siamo dati dei criteri su cui abbiamo basato la nostra programmazione, quindi credo che il subemendamento non si possa accettare.

PRESIDENTE. Pongo in votazione il subemendamento.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento 187 a firma Cecchini, che ha la parola.

CRISTINA CECCHINI. Stiamo ragionando sulla opportunità, per le famiglie, di sostenere la disabilità e gli anziani, dopodiché c’è una caduta culturale, a mio parere, per cui l’assegno servizi viene concesso alla famiglia e non al singolo. Ho riformulato la frase dicendo che bisogna potenziare le opportunità per le persone, attraverso un percorso che istituisce l’assegno servizi come contributo alla persona che ha bisogno di assistenza sociale. Sarà la persona a decidere se questo contributo va attribuito alla sua famiglia o a quella a cui è affidata. Il punto sono i diritti di cittadinanza, cioè il diritto è per il singolo anziano, per il singolo cittadino e non perché è dentro la famiglia. E’ una concezione sull’idea di Stato sociale, sui diritti di cittadinanza che sono in capo al singolo e non alla famiglia in senso lato.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Ricci.

ANDREA RICCI. In questo emendamento scompaiono delle cose sostanziali rispetto alla questione dell’assegno servizi, laddove nel testo modificato dalla Commissione si specifica che l’assegno servizi è uno strumento aggiuntivo rispetto agli interventi di sostegno alla domiciliarità, nel senso che non è un intervento che sostituisce la prestazione effettiva del servizio da parte del pubblico, cioè non è una monetizzazione di un servizio che non verrebbe più offerto quale l’assistenza domiciliare, ma è, al contrario, un servizio aggiuntivo rispetto all’assistenza domiciliare. Questo è il punto fondamentale che differenzia la sperimentazione nella nostra regione dell’asse-

gno servizi rispetto ai bonus che in altre Regioni governate dal centro-destra e non solo vengono attuati, quindi non può decadere, cioè la concezione dell'assegno servizi come strumento aggiuntivo. Così com'è l'emendamento non può essere accolto, perché snatura il senso dell'assegno servizi.

PRESIDENTE. C'è un subemendamento a firma Cecchini. Ha la parola l'assessore Secchiaroli.

MARCELLO SECCHIAROLI. Sono d'accordo con Ricci quando dice che questo emendamento snatura l'intervento, perché l'aggiunta che si chiede parla della scelta che può operare la persona rispetto al contributo che viene utilizzato o di famiglia a cui è affidata la persona. L'assegno di servizi è una opportunità ulteriore, non una sostituzione. Vista la drammaticità relativa alla carenza di assistenza domiciliare, è un'opportunità in più a sollievo delle famiglie; Ciò a cui fa riferimento la Cecchini viene forse confuso con l'autonomia dei non autosufficienti, che è altra cosa e non è l'assegno di servizi. L'autonomia personale significa che ogni disabile o non autosufficiente, decide di vivere autonomamente e i soldi che riceve è la stessa persona che decide come spendere, quali operatori scegliere, e a chi fare riferimento. Sono quindi due cose completamente diverse. Tra l'altro l'assegno servizi per la non autosufficienza prevede l'emersione del lavoro nero e l'accreditamento delle persone che fanno assistenza presso le famiglie.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Cecchini per illustrare il subemendamento.

CRISTINA CECCHINI. Secchiaroli dice un'altra cosa rispetto a Ricci, comunque se il problema è quello che dice Ricci, a quello che dice Ricci aggiungo il subemendamento, quindi spostato tutta la frase che dice Ricci e poi si aggiunge la frase che c'è. Se l'assegno deve stare in capo alla famiglia io non sono d'accordo. Se avete detto la stessa cosa, il subemendamento accoglie quello che dite voi e mette insieme quello che dico io.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Luchetti.

MARCO LUCHETTI. Qui si vuol ideologizzare il problema dei servizi sociali. Ogni volta che si parla di sostegno alla famiglia, è ovviamente un sostegno indiretto, perché è ovvio che un assegno di servizi può essere dato al soggetto che ha bisogno di questi assegni. Sono contrario a questo subemendamento non tanto nel contenuto, perché di fatto la persona che ha bisogno avrà la titolarità del contributo, ma come inizialmente formulato si poteva evidenziare il contributo all'interno di una politica più alta fatta per la famiglia. Quindi, voterò contro.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Procaccini.

CESARE PROCACCINI. Il subemendamento, secondo me chiarisce e migliora il testo, perché in realtà chi esalta questo fatto prevede una visione esclusivamente ideologica e non sostanziale della discussione. Io credo, al contrario, a un percorso misto che individui nella famiglia, ma anche nel soggetto a cui è destinato l'assegno, un fatto di buon senso un riconoscimento oggettivo. In questa visione noi voteremo a favore.

PRESIDENTE. Ha la parola l'assessore Secchiaroli.

MARCELLO SECCHIAROLI. Penso che sotto questo discorso non vi sia nulla di ideologico, perché si parla di on autosufficienza e di persone che, anche se vivono da sole fanno nucleo familiare comunque e hanno una badante o una persona che le assiste. Pensate veramente che se noi lasciamo le cose come scritte nel piano una persona che vive da sola non ha diritto all'assegno di servizi? Non è questa l'interpretazione. Ricominciamo da capo sul concetto di famiglia? Questa è soltanto un'opportunità in più e fare delle specificazioni significa introdurre un elemento ideologico e basta, invece io sono perché chi ha bisogno possa usufruire di questa cosa e uno che abita da solo — ed è difficile che un non autosufficiente

abiti da solo — ha diritto lo stesso di usufruire di questa opportunità. Da nessuna parte è scritto che non può usufruire di questo assegno di servizi. Nessuno vuol dire che qualcuno vuole soltanto le famiglie, come il decreto sul fondo delle politiche sociali che dà la prima casa solo a quelli sposati secondo certi criteri. Non reintroduciamo questo discorso, perché in questa parte del piano non era sicuramente questa l'intenzione.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Giannotti.

ROBERTO GIANNOTTI. Questa è una preoccupazione sana, perché c'è un tentativo oggettivo di personalizzare l'intervento, sottovalutando il ruolo della famiglia: credo che questo sia inaccettabile, improponibile e ripropone un modello di intervento regionale che Forza Italia non può accettare. Per questo voteremo contro questa proposta emendativa.

PRESIDENTE. Pongo in votazione il subemendamento.

*Il Consiglio non approva*

Pongo in votazione l'emendamento.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 189. Ha la parola il consigliere Cecchini.

CRISTINA CECCHINI. Vorrei fare un ragionamento su una cosa che mi è particolarmente cara. Stiamo parlando degli anziani che fanno il loro percorso assistenziale fra distretto, ospedale, casa, attività domiciliari. Secondo me, per razionalizzare le risorse che mettiamo nel piano, comunque nel servizio sanitario regionale, facendo una ottimizzazione del bisogno assistenziale dell'anziano, avere una funzione dentro l'unità valutativa distrettuale, tipo un medico in grado di valutare il bisogno assistenziale...

MARCO LUCHETTI. Il medico di famiglia lo consideri proprio un minus?

CRISTINA CECCHINI. Tu ritieni che questo non aggiunge niente a quello che c'è? Quello che c'è non funziona, allora. Dopo la dimissione dall'ospedale, prima dell'inserimento in una Rsa o durante l'assistenza a casa, il fatto che ci sia qualcuno che ottimizzi le risposte e che nell'iter assistenziale del singolo sia un riferimento è importante. Posso fare l'esempio di una persona di cui mi sono occupata ieri? Ha una neoplasia cerebrale, è stata dimessa dall'ospedale ics, a casa, in attesa di andare in una struttura di riabilitazione che non le è propria, avendo quella patologia: non ci sono posti di lungodegenza in ambito zonale. Chi se ne occupa? Nessuno. Il medico di base gli ha fatto una visita e ha detto alla moglie "se lo tenga a casa", oppure "ti mando al Santo Stefano di Macerata Feltria", che non è il luogo giusto, perché la patologia è tumorale, non riabilitativa. Se mi dite "non serve a niente", va bene, ma non è vero che funziona, perché non si sa dove andare.

PRESIDENTE. Ha la parola l'assessore Melappioni.

AUGUSTO MELAPPIONI. Lei, collega Cecchini, non si può fare la domanda, darsi la risposta e decidere che non va bene, perché stiamo discutendo sul modello. Poi possiamo anche discutere sulla sua operatività. Io dico che nel modello sono previste queste figure, poi approfondiamo, troviamo altre occasioni per capire sul territorio quello che funziona o non funziona ed è evidente che c'è qualcosa che non funziona, ma questo non esclude che il modello non funzioni. Il modello c'è, le figure ci sono, addirittura stiamo facendo percorsi di unità valutativa oncologica, quindi la specificità del pressioniista nel modello è già prevista. Poi, se non funziona un caso specifico questo non significa che dobbiamo andare a cambiare il modello. Ecco perché non sono d'accordo con l'emendamento.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Pistarelli.

FABIO PISTARELLI. Noi voteremo a favore comunque di questo emendamento e dico

“comunque” perché già c’è la presenza del geriatra, ma se con forza riproponiamo queste cose, diventa da modelli fatti, ma se questa forza non c’è neppure a profilo letterale, è più difficile. La questione reale è il fatto che tutte queste cose non sono mai diventate sistema, per una serie di esistenze, ne abbiamo parlato anche in Commissione: la posizione del geriatra rispetto al medico di base, la posizione di collaborazione invece che di sovrapposizione, che dovrebbe essere l’indicazione del modello. Tutto questo ha creato dei ritardi e delle difficoltà. Forse le parole usate dall’emendamento Cecchini sono improprie, non ci vuole un medico in più, forse ci vuole un po’ più di forza sotto un profilo di stimolo e di indicazioni da parte dei responsabili — il responsabile del distretto dovrebbe dare questa indicazione forte ai collaboratori e alle unità valutative — e tutto questo deve essere sottolineato con la matita rossa, perché è cosa che deve riguardarci da qui a domani mattina.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l’emendamento.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 190 bis a firma Ricci, che ha la parola.

ANDREA RICCI. Il 190 bis come il successivo 194 bis si riferiscono all’Istituto zooprofilattico sperimentale dell’Umbria e delle Marche. Nell’attuale versione del piano questo Istituto non era contenuto. Il primo emendamento si riferisce allo svolgimento di funzioni di osservatorio epidemiologico veterinario regionale, che è una struttura già esistente presso l’Istituto zooprofilattico e che dovrà essere implementata anche nelle Marche, al fine di costruire un sistema di sorveglianza epidemiologica veterinaria. Il successivo 194 bis, che è in qualche modo collegato a questo, definisce le funzioni e il ruolo dell’Istituto zooprofilattico all’interno del servizio sanitario regionale, in modo particolare riprendendo sostanzialmente le stesse funzioni e compiti previsti nel piano sanitario regionale

dell’Umbria, essendo questo un istituto di carattere regionale.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l’emendamento.

*Il Consiglio approva*

Emendamento n. 190 ter. Ha la parola il consigliere Ricci.

ANDREA RICCI. Si dice che la Giunta regionale entro 90 giorni dall’approvazione della presente legge dovrà adeguare la delibera che stabilisce le linee guida per l’articolazione organizzativa e funzionale dei dipartimenti di prevenzione, alla luce sia dei principi del piano enunciati prima di questo inserimento, sia della legge di riordino. Un emendamento che fissa i tempi per la Giunta regionale per rivedere la delibera di organizzazione dei dipartimenti di prevenzione.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l’emendamento.

*Il Consiglio approva*

Emendamento n. 194 bis. lo pongo in votazione.

*Il Consiglio approva*

Emendamento n. 198. Ha la parola il consigliere Cecchini.

CRISTINA CECCHINI. Siamo alle cure domiciliari residenziali e semiresidenziali a favore di persone in condizioni di non autosufficienza. L’emendamento chiede che siano incluse dentro i livelli essenziali di assistenza. E’ un emendamento oneroso ma fa la differenza fra i Lea concordati con il Governo e qualcosa di più sociale che dovrebbe fare questa Amministrazione. Chiedo la votazione per appello nominale anche a nome dei colleghi Gasperi e Pistarelli.

PRESIDENTE. Ha la parola l’assessore Melappioni.

AUGUSTO MELAPPIONI. Ricordo al Consiglio che siamo fuori dei livelli essenziali di assistenza e che questo significa che le funzioni avvengono fuori del bilancio di competenza della sanità. Insisto sul fatto che ho la percezione che non sempre ci sia la consapevolezza che per poter dare prestazioni aggiuntive bisogna elencare quali sono quelle che non vengono più date. Inviterei la collega Cecchini a impegnarsi anche lei su questo percorso, altrimenti credo che il percorso abbia una valenza demagogica, ma non una valenza operativa possibile.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Ricci.

ANDREA RICCI. Anch'io ritengo in gran parte strumentale l'emendamento, tuttavia vorrei far rilevare che la condizione è già questa, nel senso che le cure di tipo sanitario alle persone in condizioni di non autosufficienza sono, ovviamente, a carico della spesa sanitaria. Il problema, se mai è la partecipazione alle spese non di tipo sanitario. Questo emendamento è quindi già realtà e continuerà ad essere tale.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Pistarelli.

FABIO PISTARELLI. Queste sono cose importanti, anche perché se già c'è, votiamolo, anche se ridondante. Se Ricci dice che Sirchia doveva segnalare che a livello nazionale ci sono certe linee, a livello regionale dobbiamo farne altre, è una sua opinione, ma non funziona così. A livello nazionale Sirchia farà i suoi ragionamenti, a livello locale il Governo non può fare nulla, questa è la programmazione regionale, sono scelte nostre, i soldi li abbiamo e decidiamo come vogliamo. Se c'è una convergenza su questo mi pare che sia da favorire, piuttosto che andare a divisioni. Su questo sono nella condizione di sostenere con forza la chiarezza di prestazioni per quanto riguarda la parte di cure intensive e prolungate. Quando si parla di cure intensive e prolungate si tratta di cure sanitarie, che devono entrare nel patrimonio relativo alla nostra programmazione regionale,

territoriale, non nazionale o internazionale, queste sono scelte nostre. Se poi mi si dice "non abbiamo soldi per fare questo", riapriremo il discorso di come si utilizzano i soldi, ma se mi si dice che è una cosa che già c'è la si voti, è una specificazione che ci serve per dare un percorso giusto e certo a cose che non hanno queste certezze, anzi hanno più incertezze che certezze di percorso e pertanto di assistenza. Nel merito mi pare che siano importanti le specificazioni che sono contenute in questo emendamento come nel nostro che segue.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Gasperi.

GILBERTO GASPERI. Non volevo intervenire, perché l'intervento fatto dal collega Pistarelli lo sposo in pieno, però il collega Ricci addirittura va a mettere la Cecchini in condizione di essere "anima dannata" perché c'è un identico emendamento firmato dai consiglieri di An. L'emendamento dice "le prestazioni di cure..." ecc. Se queste cose vengono dette da un esponente, ancora in carica, di Rifondazione comunista, le accogliete... (*Interruzione*). Allora, perché non avete messo il ticket? (*Interruzione*). Qui, se c'è qualcuno che si deve vergognare è chi ancora si chiama "comunista". Se si vuol andare incontro alle esigenze e ai bisogni della popolazione, di coloro che non hanno un reddito e hanno difficoltà, non capisco perché non possa essere incluso come emendamento. Mi sembra una cosa veramente assurda. Se uno si chiama con un nome qualsiasi e magari è un omonimo di un bandito deve essere bandito anche lui? O se il padre ha commesso un reato, il figlio deve essere messo in galera? Siccome c'è un emendamento fatto anche da An, Cristina Cecchini è da mettere nei forni crematori perché fa parte della destra? Questa è un'assurdità che danneggia il principio che ci deve essere in questo Parlamento regionale, quello di salvaguardare le idee, i principi. Questa è una questione di principio. Se non si vuol riconoscere questo principio, si metta ai voti, dopodiché ognuno si assumerà le proprie responsabilità. Quante volte ci siamo trovati d'accordo perché ritenevamo il principio positivo? Io vengo da un'altra educazione, non solamen-



te di partito, ma anche familiare: ogni mattina che ci alziamo dobbiamo ringraziare il Signore se ci troviamo in salute, poi cercare di fare un'azione positiva nei confronti di coloro che si trovano in difficoltà e che hanno bisogni che non possono soddisfare. Io e il mio gruppo, così come credo anche gli altri gruppi di minoranza, andremo avanti su questo principio, lei si assuma le sue responsabilità e voti secondo sua coscienza.

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

**CRISTINA CECCHINI.** Vorrei cercare di spiegare meglio a Ricci, ma non credo di essere stata fraintesa. L'emendamento in questione parla dell'operazione fatta con la 328, cioè dell'espulsione dalla sanità delle persone non autosufficienti, mentre l'art. 3 septies del decreto 229 aveva stabilito che le prestazioni in favore di persone in condizioni di non autosufficienza sono incluse nell'integrazione socio-sanitaria e quindi stanno nella sanità. Questa è la ragione per la quale Rifondazione ha votato contro alla Camera. Questo emendamento è molto costoso e mette in seria difficoltà, ovviamente, questo è fuori da ogni discussione. Dopodiché è inutile che aggiungiamo altre cose, perché parliamo male, nel senso che si ragiona di destra, sinistra, cose passate e cose future. Io non voglio fare polemiche né sul passato né sul futuro, quindi i miei emendamenti sono a mio nome, dopodiché non deve disturbare nessuno: nel momento in cui sono andata all'opposizione chiedo la votazione per appello nominale insieme a chi condivide la mia battaglia, da regolamento. Se qualcuno vuol farne una questione politica si sbaglia, perché se le questioni politiche diventano queste, ce ne saranno tantissime. Io spero che non si voglia entrare su questa strada.

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

**ANDREA RICCI.** Spieghiamo esattamente come stanno le cose, per cui denunciavo la strumentalità del centro-destra e mi meravigliavo che il consigliere Cecchini non la denun-

ciasse. La suddivisione tra spesa sanitaria e spesa sociale, quindi l'accollamento alla spesa sociale e ai Comuni di competenze finanziarie relative all'assistenza, deriva dal fatto che il Governo Berlusconi ha inserito nella legge finanziaria di due anni fa questa questione, facendo decadere il ricorso al Consiglio di Stato che Rifondazione comunista aveva fatto e che già al Tar aveva vinto, perché si basava su un decreto ministeriale. Avete capito la strumentalità? Il 229 ha avuto un decreto attuativo, un atto amministrativo sul quale Rifondazione, insieme a tanti altri utenti del servizio hanno promosso un ricorso amministrativo, vinto in primo grado. Alla vigilia della vittoria in secondo grado il Governo trasforma questa norma da atto amministrativo in norma di legge, inserendolo nella finanziaria e così facendo annullare il ricorso al Consiglio di Stato.

Quindi venire qui da parte del centro-destra a rivendicare alla Regione la necessità di far fronte interamente, con la sanità — ripeto, non è la lettera dell'emendamento, ma la sostanza — e dire che mentre il Governo ha fatto quello, con un atto scellerato, perché doveva aspettare che il Consiglio di Stato si pronunciasse, la Regione è cattiva perché non copre interamente con la spesa sanitaria queste prestazioni è del tutto demagogico e strumentale. Queste cose vanno fatte rilevare, non agire soltanto sulle contraddizioni della maggioranza. Se uno vuole differenziarsi dall'opposizione di centro-destra come il consigliere Cecchini ha annunciato, qui bisogna "infilzarla". Era semplicemente questo il ragionamento politico che intendevo fare, perché questa è la realtà.

Il servizio sanitario regionale è finanziato in gran parte dal fondo sanitario nazionale: se il Governo ci toglie le risorse, non sarà possibile, né nella regione Marche né da nessun'altra parte fare ciò. Nel piano si garantisce che, finché non saranno determinati i criteri per la suddivisione tra sociale e sanitario, rimarrà comunque tutto a carico del servizio sanitario, quindi con questo piano, non nei fatti, oggi confermiamo la situazione attuale che dicevo, cioè che tutte le spese sono a carico della sanità, rimandato a un successivo atto, sul quale discuteremo tutti come farlo, se farlo, quali criteri

usare, se differenziarlo per fasce di reddito, quello che diceva Gasperi, per esempio, che non sapeva di cosa parlava, evidentemente. E' una cosa che vedremo successivamente.

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

**SERGIO NOVELLI.** Non ho assistito al dibattito, ma ho capito subito che la questione si era un po' complicata per l'intersecarsi di due aspetti. Siamo qui per votare i testi proposti e i contenuti esposti e non fare giudizi di merito sui proponenti, altrimenti rischiamo di arrivare all'assurdo di dire "la cosa è giusta, la direi anch'io purché non la dica tu". Anche d'intesa con esponenti del mio partito, contattai la sede regionale di Rifondazione comunista per annunciare la nostra espressione di sì al recente referendum e mi fu detto "cosa buona, ma a condizione che pronunciate un sì separato dal nostro". Mi è sembrato sorprendente, perché un sì e un sì, un no è un no. Una cosa giusta è giusta, a prescindere dal fatto che la dica Tizio piuttosto che Caio o Tizio la può dire e Caio no.

MI ha fatto piacere sentire che nell'ultimo dibattito sul referendum, a un'affermazione sgradevole di Enrico Letta che contestava Bertinotti che votava sì insieme a Rauti, Bertinotti, dimostrando più intelligenza di esponenti periferici del uso partito disse "non solo Rauti, ma molti italiani di centro-destra voteranno sì" e infatti questo è accaduto nel referendum, fra cui chi parla.

Tornando allo specifico della sanità, è un principio su cui l'unica valutazione condivisibile, non nei termini da lei espressa, consigliere Ricci, perché non si può dire che il Governo compie un atto scellerato allorché sovrappone a uno strumento normativo un atto legislativo. Compie un atto lecito, non condivisibile...

**ANDREA RICCI.** Lecito, ma scellerato, come ho detto.

**SERGIO NOVELLI.** Poiché scellerato viene da "crimine", mi sembra che sia una forzatura. Personalmente non lo dividevo la scelta, però, poiché voi avete, non con espressione

personale ma di maggioranza, scelto di imporre un sacrificio ai marchigiani per tutelare questo principio, il sacrificio è concreto. Noi già paghiamo l'addizionale Irpef che deve servire anche a questo. E allora non ci si può dire "vedremo, in futuro lo faremo". Intanto facciamo. C'è una cesura di tempi che è stridente, è sembrata stridente ai colleghi che hanno proposto l'emendamento, è sembrata altrettanto stridente a una collega di sinistra, non vedo lo scandalo. Scandaloso sarebbe se non potessimo pensare di dire le stesse cose o se le nostre proposte dovessero essere pesate, non in relazione al contenuto ma alla coerenza morale o alla idoneità di ciascuno a dirlo.

Colleghi, noi votiamo i nostri documenti, nessuno di noi 40 è titolato a dare all'altro la patente di legittimazione o di coerenza ideologica, il giudizio sulla coerenza verrà dato dall'elettorato tra qualche mese. Qui direi che tutti sono non solo legittimati ma tenuti a dire quello che ritengono di dire e a esprimere i voti in coerenza. Quindi, chi vota questi emendamenti non vota per Gasperi o per Cecchini o per l'uno sì e per l'altra no, vota per dare immediata attuazione a quel principio che a parole tutti rivendicate di voler garantire, oppure vota contro. E non è che vota contro Gasperi o contro Cecchini, vota contro il principio, lo afferma farisaicamente come manifestazione di auspicio e mozione di affetti, ma si inceppa nel dargli una scelta concreta, attuativa immediata.

Per questo credo che non si possano fare richiami o dare patentini alla coerenza altrui, ma mi aspetto che anche al di là di questo vizio genetico della presentazione da troppo a destra o a sinistra ecc., l'emendamento possa e debba essere votato anche al di là delle valutazioni soggettive sui proponenti.

Per questo voterò l'emendamento proposto.

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

**CESARE PROCACCINI.** Questo è un problema serio e non va lasciato cadere, perché nonostante lo sforzo dei rappresentanti del centro-destra, che in sostanza dicono che le responsabilità del Governo nella politica sanita-

ria non ricadono su di loro, in realtà non è così, perché l'elemento della coerenza, della serietà va portato avanti in tutti i luoghi. In realtà le prestazioni di cure intensive prolungate a favore di persone non autosufficienti sono già oggi penalizzate fortemente dalla vostra politica nazionale, perché il sistema assicurativo che si introdurrà in maniera formale a breve, porrà le persone, soprattutto quelle anziane, di fronte a una lenta condanna a morte, perché nessuna assicurazione garantirà loro una prospettiva di cura. In questa visione va inquadrato il problema. Inoltre il Governo ha già tagliato in maniera drastica, in generale e anche per le Marche, i livelli essenziali di assistenza, vale a dire che sono stati sfoltiti in maniera devastante questi livelli, facendo passare diritti alla salute come fossero degli optional.

In questa visione alternativa che abbiamo in particolare noi Comunisti italiani — che non ci vergogniamo del nome che portiamo, anzi ne siamo fieri ed orgogliosi — il bilancio regionale si è fatto carico delle vostre carenze, dei vostri tagli e ha riconvertito sulla salute, sull'assistenza e sul sociale risorse che voi avete tagliato.

PRESIDENTE. Ha la parola l'assessore Amagliani.

MARCO AMAGLIANI. Vorrei soltanto dichiarare che io voterò contro a prescindere da questo emendamento, perché la strumentalità è difficile da dimostrare, ma chi è stato nello stesso gruppo a cui ha appartenuto, fortunatamente per poco tempo, il consigliere Cecchini, sa riconoscere esattamente la strumentalità delle posizioni. Io non posso provare la strumentalità, ma so che è così; così come non posso provare ciò che dico. Se fossero passati soltanto altri due mesi, il periodo che ci ha separato da quando il consigliere Cecchini ha smesso di essere assessore di questa Giunta in nome e per conto del partito di Rifondazione comunista, dal voto del 2001, il consigliere Cecchini avrebbe votato tutto, a partire dalla Asur perché — non posso provarlo — ne avevamo discusso al gruppo. Così come avrebbe approvato anche le stesse cose alle quali oggi si oppone, in un atteggiamento tutto teso a dimo-

strare le contraddizioni interne a Rifondazione comunista, l'ho dichiarato la volta precedente e continuo a ribadirlo oggi. Certo, c'è una grande capacità da parte della stessa: quella dovuta ai tanti anni di peregrinare all'interno delle forze dell'arco costituzionale, all'interno di questa sede e quindi una grande capacità anche di creare scompiglio...

GILBERTO GASPERI. Ma quale arco costituzionale? Quello della Russia?

MARCO AMAGLIANI. Gasperi, io non interrompo mai nessuno, quindi la prego di non interrompermi. Dico che c'è una grande capacità, che è quella di creare scompiglio. Questa è una grande capacità che io le riconosco, ma non so se è un dato positivo o negativo. Per il mio modo di fare, per il mio modo di intendere la politica e l'etica, questo è un dato fortemente negativo, per cui voto contro questo e gli altri emendamenti... (*Interruzione*). Io mi assumo pienamente la responsabilità di quello che dico: voterò contro a prescindere.

PRESIDENTE. Prego di procedere alla votazione per appello nominale.

GABRIELE MARTONI, *Consigliere segretario*. Procedo alla chiama:

Amati	no
Ascoli	assente
Avenali	no
Benatti	no
Brini	astenuto
Castelli	assente
Cecchini	sì
Ceroni	astenuto
Cesaroni	assente
Ciccioli	assente
D'Ambrosio	no
D'Angelo	no
Donati	no
Favia	assente
Franceschetti	no
Gasperi	sì
Giannotti	astenuto
Grandinetti	assente
Luchetti	no
Martoni	no

VII LEGISLATURA — SEDUTA N. 143 DEL 25 GIUGNO 2003

Massi Gentiloni Silveri	sì
Melappioni	no
Minardi	no
Modesti	no
Mollaroli	no
Moruzzi	no
Novelli	sì
Pistarelli	sì
Procaccini	no
Ricci	no
Rocchi	assente
Romagnoli	sì
Secchiaroli	assente
Silenzi	assente
Spacca	no
Tontini	no
Trenta	assente
Viventi	sì
Agostini	no
Amagliani	no

*Il Consiglio non approva*

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE  
LUIGI MINARDI

Emendamento n. 201, uguale al 202. Ha la parola il consigliere Cecchini.

CRISTINA CECCHINI. Si comincia a parlare dei laboratori di analisi negli ospedali. Stiamo parlando di come si riorganizzano. Non è una questione secondaria, perché le funzioni dei centri prelievi e le risposte alle urgenze la dicono lunga sui servizi all'entroterra. Con questo mio emendamento non parliamo di dove si fanno le analisi, ma se si mantiene o meno il livello periferico dei centri prelievi e se si dà una risposta alle urgenze. Quindi "la riorganizzazione dell'attività di laboratorio preliminarmente elimina la duplicazione degli esami di bassa richiesta identificando singole linee produttive per ogni punto di offerta". Questo è il primo emendamento, perché c'è una gradualità di emendamenti sui laboratori. In un altro emendamento successivo si parla di come le leggi e il Consiglio di Stato ormai definiscono le singole strutture, i piani della prestazioni che ogni zona dovrà fare. Con questo primo emendamento ci si limita a dire che a livello perife-

rico dovranno rimanere i centri prelievo e le risposte alle urgenze.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 203. Ha la parola il consigliere Cecchini.

CRISTINA CECCHINI. Si pone la questione sulla quale la nostra Regione è andata soccombendo con i rappresentanti delle associazioni dei laboratori analisi. Mi pare che le sentenze che ci sono state dicano che la Regione Marche, come le altre Regioni, dovrebbero quantificare il necessario per la specialistica ambulatoriale e poi definire accordi con le strutture pubbliche e con quelle private, quindi individuare quantità e qualità delle prestazioni e, di conseguenza, per la parte pubblica, garantita dagli ospedali, dire quanto ogni singola struttura deve utilizzare dello specifico budget. E' un discorso che sembra ovvio ma non lo è, perché la Regione ha resistito, quindi si propone di dare valore a ciò cui siamo chiamati ad adempiere in quanto a sentenze.

Chiedo la votazione per appello nominale a nome anche dei consiglieri Massi e Pistarelli.

PRESIDENTE. Prego di procedere alla votazione per appello nominale.

GABRIELE MARTONI, *Consigliere segretario*. Procedo alla chiama:

Ascoli	assente
Avenali	no
Benatti	no
Brini	sì
Castelli	assente
Cecchini	sì
Ceroni	assente
Cesaroni	assente
Ciccioli	assente
D'Ambrosio	assente
D'Angelo	assente
Donati	no
Favia	sì
Franceschetti	no

Gasperi	sì
Giannotti	sì
Grandinetti	assente
Luchetti	no
Massi Gentiloni Silveri	sì
Martoni	no
Melappioni	no
Minardi	no
Modesti	no
Mollaroli	no
Moruzzi	assente
Novelli	sì
Pistarelli	sì
Procaccini	no
Ricci	no
Rocchi	no
Romagnoli	sì
Secchiaroli	assente
Silenzi	assente
Spacca	no
Tontini	no
Trenta	assente
Viventi	sì
Agostini	no
Amagliani	no
Amati	no

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 205, a firma Viventi che ha la parola.

LUIGI VIVENTI. La vostra proposta prevede la concentrazione delle attività di produzione e mantiene invece periferiche le funzioni di raccolta e distribuzione del plasma. Io ho presentato un emendamento per chiedere che nei presidi ospedalieri di rete, che sono attuali sedi di centri trasfusionali, si faccia attività di produzione, raccolta e distribuzione. Sostanzialmente mantenere la situazione attuale e non concentrare in Ancona le attività di produzione.

PRESIDENTE. Ha la parola l'assessore Melappioni.

AUGUSTO MELAPPIONI. Tre flash, collega Viventi. Capisco le esigenze del territorio. Mi colpisce un po' il fatto che venga da lei

questa osservazione sulla riorganizzazione del modello: la modifica che lei ci chiede è quello che c'è attualmente, quindi non possiamo votare la riproposizione dello stesso modello che abbiamo adesso. L'obiettivo è non abbassare i livelli dei servizi ma, quando possibile, concentrare la produzione che ottimizza l'utilizzo delle risorse, quindi questo è uno dei classici casi in cui non c'è interferenza con i servizi. E' un progetto complessivo che probabilmente demanderà a varie parti del territorio funzioni specifiche, ma è indubbio che concentra su sedi minori... Le dicevo in fase di intervento che noi abbiamo il triplo dei centri trasfusionali che ha tutta Londra. Spostiamo le figure professionali dedicate al prelievo e alla somministrazione, quindi staranno più sul territorio, aumentando la possibilità di avere più sangue, che è sempre ai limiti delle esigenze.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 210 bis a firma Ricci, che ha la parola.

ANDREA RICCI. Questo emendamento in qualche modo raccoglie delle indicazioni che altri emendamenti presentati da Romagnoli, Ciccio ed altri hanno fatto rilevare. Con questo emendamento si definisce la distinzione tipologica delle unità per le gravi cerebrolesioni acute, aggiungendo anche le unità di terapia intensiva post critica di neuroriabilitazione destinate ad accogliere i pazienti craniolesi e meliolesi. In questo modo, con questa definizione si omogeneizza la tipologia delle strutture riabilitative previste nel nostro piano sanitario regionale alla tipologia di carattere nazionale. Questa è la ragione dell'emendamento.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento.

*Il Consiglio approva*

Emendamento n. 210 ter. lo pongo in votazione.

*Il Consiglio approva*

Emendamento n. 210 quater. lo pongo in votazione.

*Il Consiglio approva*

Emendamento n. 211. Ha la parola il consigliere Pistarelli.

FABIO PISTARELLI. C'è un discorso del nosocomio di Matelica. In realtà è cosa già inserita nella programmazione regionale attraverso gli atti relativi all'azienda sanitaria di Camerino-San Severino, cioè Matelica come centro per la riabilitazione, destinato a quelle funzioni, Matelica nosocomio, fino ad oggi, fino a qualche tempo fa, ma che oggi deve ritrovare una sua identità.

Sono a favore dell'emendamento, però non so se è già inserito nel quadro programmatico regionale. Chiediamo, magari, una accelerazione del processo che mi pare si sia un po' fermato, anche alla luce della discussione generale sulla riorganizzazione del servizio sanitario regionale, sul piano che stiamo discutendo oggi.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Ceroni.

REMIGIO CERONI. Questo è quanto era stato chiesto dalla conferenza dei sindaci per il nosocomio di Matelica.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Brini.

OTTAVIO BRINI. L'assessore ha seguito attentamente questa problematica e puntualmente aveva dato delle risposte. Per sua volontà era stato rinviato questo argomento all'approvazione del piano, per dare attuazione all'accordo dei sindaci. E' un emendamento che si poteva presentare, ma l'assessore aveva già dato l'assenso.

PRESIDENTE. Ha la parola l'assessore Melappioni.

AUGUSTO MELAPPIONI. Come ricordava il collega Brini, c'è un accordo, sul territorio, che è anche dimostrativo di come il territorio stesso possa interpretare una riforma e allinearsi ai bisogni dei cittadini. Quindi credo che sia un forte passo avanti quello che noi abbiamo fatto nella teoria, con difficoltà nella pratica rispetto anche agli impatti economici. Secondo me non è opportuno votare a favore il fatto che, mentre abbiamo individuato un principio generale sulla collocazione delle strutture sentito il territorio ecc., fare questa eccezione rischia di scatenare una serie di distinguo che poi non ci consentano una programmazione complessiva.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 213. Ha la parola il consigliere Pistarelli.

FABIO PISTARELLI. Mi pare che sia in linea con gli emendamenti precedenti che già il collega Ricci ha presentato a nome della Commissione.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento.

*Il Consiglio approva*

Emendamento n. 214. Ha la parola il consigliere Ricci.

ANDREA RICCI. Questo, o decade o è ritirato.

FABIO PISTARELLI. E' assorbito dal contenuto del 210 ter.

Emendamento n. 217. Ha la parola il consigliere Viventi.

LUIGI VIVENTI. Quando abbiamo discusso la legge vi dicevo di lasciare alle singole zone e ai direttori di zona la possibilità di preparare il piano, quindi la gestione anche dei posti letto, in questo caso. Già mi avete discus-

so di no quando abbiamo discusso la legge, sulle competenze delle zone e dei direttori di zona. Sostanzialmente, questo emendamento riprende quel principio organizzativo che a me sembrava e sembra funzionale. Voi dite addirittura che questa zona ha personalità giuridica, dall'altra non ha autonomia per fare certe cose, io continuo a non capire, probabilmente c'è qualcosa che mi sfugge nel compromesso politico che avete fatto per venire fuori da questo incastro, quindi io dico che ne soffre la funzionalità del piano, però ognuno rimane della sua opinione, quindi credo che voi rimanete senz'altro della vostra opinione. Mi sorprenderebbe un voto favorevole su questo, perché mi avete già detto di no. Vorrei approfittare dell'occasione che mi è data, per capire una cosa: dal lavoro svolto in Commissione oggi è uscito un testo emendato, ma le cose che non sono state riprese lì non sono state accolte, quindi tutte le altre proposte che possono riguardare le famose chirurgie di Fossombrone, di Pergola, questi emendamenti non sono stati recepiti dalla maggioranza? E' una domanda che pongo, così lei mi risponde, consigliere Ricci e io mi regolo di conseguenza.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Ricci.

ANDREA RICCI. Alcuni emendamenti sono stati accolti in pieno, nel senso che erano del tutto compatibili e integrabili, altri emendamenti sono stati assorbiti attraverso altre forme. Questo non viene accolto così com'è, però se il consigliere Viventi legge l'emendamento 219 bis, si assegna alla Giunta regionale la possibilità di dare ulteriori 210 posti letto per la residenzialità extraospedaliera di fronte a particolari esigenze che muovono dal territorio, quindi in qualche modo lo spirito del regolamento viene accolto, nel senso che i numeri assegnati nel piano contengono un possibile margine di flessibilità garantito da questa quota di ulteriori posti letto che la Giunta potrebbe assegnare di fronte a particolari esigenze territoriali. Mi rendo conto che nella modalità richiesta, cioè che siano i direttori di zona a fissare il numero dei posti letto extraospedaliera non è accolto, ma è accolto nello spirito, perché

comunque i numeri fissati dal piano possono essere ulteriormente incrementati di fronte a particolari necessità che emergono dai territori, soltanto che questo atto è la Giunta regionale a compierlo, sentita la Commissione, perché comunque la competenza della programmazione deve essere svolta dall'istituzione regionale e non dalle zone.

LUIGI VIVENTI. Io non chiedevo un aumento di posti letto, dicevo soltanto di organizzarsi, non fare un'azione "clientelare" per dire "a quella zona diamo più posti letto, a quella di meno", io non lo farei, non sarei nemmeno in grado di proporlo. L'emendamento tendeva ad assegnare ai direttori una competenza che voi date alla Giunta regionale ma è cosa diversa.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 218. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 219. Ha la parola il consigliere Massi.

FRANCESCO MASSI GENTILONI SILVERI. Il problema è annoso in tutta Italia. Questo emendamento è volto a definire l'obbligo per i Comuni di provenienza dei pazienti domiciliati presso la Rsa per affrontare la spesa sociale.

PRESIDENTE. Ha la parola l'assessore Melappioni.

AUGUSTO MELAPPIONI. Anch'io riconosco l'annosità del problema. Non sono assolutamente contrario, mi domando se questo va in torsione rispetto alle normative nazionali o altro che c'è su questo. E' una mia preoccupazione, ma mi inchino davanti al collega Massi che indubbiamente, su questo ha molta più competenza di me. Temo che qui rischiamo di legiferare qualcosa che è contro quelle che sono

le leggi nazionali, visto il concetto di soccorso che ho vissuto come esperienza personale per altri ruoli, in passato. Non so se possiamo permetterci una cosa di questo genere. Capisco che significa distribuire equamente sul territorio il carico sociale di un problema che rischia di essere soltanto per quelli che hanno la “sfortuna” di avere la struttura residenziale nel proprio comune, quindi quello che potrebbe essere un vantaggio diventa economicamente un grosso svantaggio, ma non so risolvere la questione legislativa.

PRESIDENTE. Ha la parola l'assessore Secchiaroli.

MARCELLO SECCHIAROLI. Sono d'accordo con Melappioni, però essendo questo un atto amministrativo, se poniamo questo problema credo che sia una soluzione soprattutto per molti Comuni. Non credo che succeda niente. Sono favorevole a questo discorso.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Ricci.

ANDREA RICCI. Ribadisco quello che ha affermato l'assessore, che mi porta a dire che non è possibile votare un emendamento di questo tipo. Invito il consigliere Massi, che anche più di me ha esperienza in questo, però siamo di fronte a casi in cui pazienti che vengono da fuori regione o da altri comuni della regione vengono ricoverati in determinate strutture residenziali, prendono a quel punto la residenza del comune, quindi a tutti gli effetti sono cittadini residenti di quel comune. Noi possiamo dire che non è il Comune di residenza ma quello di provenienza a pagare? Non credo. Bisogna allora trovare altri meccanismi che possano consentire di non far gravare al Comune e ai cittadini di quel comune dove risiede la struttura il costo della permanenza della struttura, però non credo che questo sia possibile.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Massi.

FRANCESCO MASSI GENTILONI SILVERI. E' uno dei casi classici in cui lo Stato

di diritto cozza con lo Stato sociale. Per dirla con Romolo Murri “bisognerebbe bussare alle porte del cambiamento,” per cui qualcuno dovrebbe forzare. Io ho cercato di forzare una situazione pesantissima per i Comuni che ospitano queste persone a livello di residenza. E' chiaro che sarebbe una migliore distribuzione del carico, ma mi rendo conto della forzatura giuridico-legislativa.

PRESIDENTE. Ha la parola l'assessore Secchiaroli.

MARCELLO SECCHIAROLI. Già i Comuni pagano rette per minori in comunità fuori del proprio territorio. I Comuni che mandano i minori residenti in altre comunità. Fra Asl diverse c'è la compensazione. Capisco il problema giuridico, ma non capisco perché debba rimanere questa anomalia solo per questa partita. E' l'occasione per forzare.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento.

*Il Consiglio approva*

Emendamento n. 219 bis. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio approva*

Emendamento n. 219 ter. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio approva*

Emendamento n. 219 quater. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio approva*

ROBERTO GIANNOTTI. C'era una proposta sull'ordine dei lavori che avevamo formulato. Vorrei capire di che morte dobbiamo morire.

PRESIDENTE. Sono le 17,30, vedremo più avanti.



Emendamento n. 220. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio approva*

Emendamento n. 224. Ha la parola il consigliere Giannotti.

ROBERTO GIANNOTTI. Questo problema non lo si può risolvere così, cioè “andiamo avanti, poi vediamo”. C’è una mia proposta chiara sull’ordine dei lavori, che dice che si va serenamente avanti fino alle 20 e poi si sospende la seduta, dopodiché alle 19,59 annuncio il ritiro di tutti gli emendamenti che non hanno attinenza diretta con le questioni di fondo, quindi ci aggiorniamo a lunedì mattina, con l’impegno, che abbiamo assunto, di concludere i lavori prima delle 15,30. Credo che sia una proposta sensata, non credo che gli emendamenti rimasti siano tantissimi. Se lavoriamo con serenità arriviamo a 300, quindi arriviamo sostanzialmente a fare tre quarti degli emendamenti, rimarranno i 20 dell’ultimo foglio.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Franceschetti.

FAUSTO FRANCESCHETTI. Propongo intanto di proseguire con l’esame degli emendamenti, perché siamo poco più che alla metà di quelli presentati, quindi andiamo avanti, poi alle 18,30 faremo il punto della situazione. Voglio però sottolineare che se voi pensate di rinviare a lunedì, per chiudere alle 15,30 lasciando per lunedì le dichiarazioni di voto e 70-80 emendamenti siamo fuori strada. Quindi, intanto andiamo avanti, fra un’ora e mezza faremo il punto, però se vogliamo concludere per lunedì entro le 15,30, per lunedì dobbiamo lasciare le dichiarazioni di voto e poco più.

PRESIDENTE. Direi di andare avanti fino alle 19,30 che è l’orario entro il quale si conclude la seduta pomeridiana. Alle 19,30 valuteremo ed eventualmente decideremo di andare avanti o di aggiornarci.

Emendamento n. 234. Ha la parola il consigliere Ricci.

ANDREA RICCI. Questo emendamento è collegato con quelli sulle unità speciali residenziali relative alle gravi insufficienze respiratorie che abbiamo approvato in precedenza. Si propone un subemendamento che consenta di aumentare i posti letto da 70 a 80, nel senso che vengono riconosciute le unità per le grandi insufficienze respiratorie — nell’emendamento venivano riconosciute all’interno delle dotazioni di posti letto già ricompresa — aumentando i posti letto. Quindi il subemendamento dice: sostituire le parole “70 posti letto” con “80 posti letto”.

Ha la parola il consigliere Pistarelli.

FABIO PISTARELLI. Lo scopo dell’emendamento era quello di allineare alla situazione attuale relativa ai posti letto per gli stati comatosi e le gravi insufficienze respiratorie che comunque devono essere inserite in questa tabella, alla situazione esistente. Se il monitoraggio ha portato a questo tipo di indicazione, è chiaro che siamo d’accordo anche con il subemendamento, l’importante è che sia quella l’impostazione data.

PRESIDENTE. Pongo in votazione il subemendamento.

*Il Consiglio approva*

Emendamento n. 254. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 256. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 257. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio approva*

Emendamento n. 258. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 259. Ha la parola il consigliere Pistarelli.

FABIO PISTARELLI. Le parole “progressiva attivazione delle funzioni di emodinamica” non ci convincono, perché è legata soprattutto all’altra parte del ragionamento relativa alle risorse. Tutto questo lascia un alone di incertezza su una cosa che invece nel piano deve essere scritta in maniera chiara: o si fa o non si fa la scelta che entro i tre anni entrano in funzione le emodinamiche di AP e MC. In realtà non è così. Noi chiediamo di togliere la parola “progressiva” e di togliere la frase successiva “tenendo conto delle risorse che saranno recuperate”. Ecco la filosofia complessiva degli emendamenti che chiediamo che l’aula accolga.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Castelli.

GUIDO CASTELLI. Nella discussione della proposta di riordino abbiamo affrontato la vexata quaestio delle alte specializzazioni e abbiamo avuto un franco confronto con l’assessore Agostini in particolare ma anche con l’assessore Melappioni. Credo che l’emendamento Pistarelli abbia il prego di evidenziare come, se veramente vi era volontà strategica di dar luogo a quella valorizzazione delle alte specialità, dei centri di attrazione, come chiamati nel precedente Psr che oggi abbiamo in qualche modo ricalcato, tutto questo si deve chiaramente evidenziare in questo strumento di programmazione, evitando quel grado di dipendenza dalle mutevoli sorti finanziarie, che potrebbe, un domani, non consentire questa reale attivazione. Quindi crediamo nella volontà che ci sia questa sterzata diretta, ma l’emendamento ha la sola funzione di marcare con più precisione il carattere strategico di queste scelte.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Massi.

FRANCESCO MASSI GENTILONI SILVERI. Richiamo l’attenzione sul fatto che l’emodinamica a Macerata gode di un beneficio di investimento da una fondazione privata, quindi adesso occorre fare presto. In questo

Consiglio abbiamo già affrontato il problema con mozioni e interrogazioni, tutto era rimandato al piano, ho ascoltato l’assessore più volte, anche a Macerata, impegnarsi per questo, oggi viene tolto l’avverbio “progressivamente introdotto”, adesso però bisogna fare presto per l’autorizzazione, perché è tutto pronto, i costi sono affrontabili e credo anche che si tolga un grande disagio agli utenti.

PRESIDENTE. Ha la parola l’assessore Agostini.

LUCIANO AGOSTINI. E’ fondata la determinazione del “progressivo”, nel senso che per la prima volta questo piano viene incardinato dentro la compatibilità finanziaria ed è un fatto straordinariamente importante, dal mio punto di vista, tanto da rendere consapevoli, in un processo di governo del piano stesso, tutto il Consiglio regionale, per cui non è possibile più dire “facciamo questo tanto per fare questo”, per cui, se dentro il piano c’è incardinata la compatibilità finanziaria, sappiamo che se andiamo a fare proposte fuori da quel piano, dobbiamo poi ridurre alcune cose, per cui i punti di eccellenza sono qui stati previsti dentro la compatibilità finanziaria. Se c’è quindi un processo di governo per attuare l’intero piano ci sono anche i punti di eccellenza, ma non è possibile spostare il dato su altre parti, quindi rende più consapevoli, in un processo di governo, l’intero Consiglio regionale e tutti quanti.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l’emendamento.

#### *Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 260. Ha la parola il consigliere Cecchini.

CRISTINA CECCHINI. Chiedo la votazione per appello nominale, a nome anche dei consiglieri Gasperi e Pistarelli.

L’assessore dice sempre bene, nel senso che quando parla di nuova cardiocirurgia dice “bisogna verificare se le reti cliniche sono tali da dover costruire un’ipotesi di nuova cardiocirurgia” e poi cita i dati. Vorrei allora

dire che già da tempo la Conferenza regionale per l'alta specialità cardiologica proponeva nel 1997 all'allora assessore Mascioni di costruire la seconda cardiocirurgia e potenziare le emodinamiche nei territori. L'assessore precedente propose invece una sfrenata aziendalizzazione del Lancisi, con tutte le conseguenze che conosciamo, con il risultato — senza parlare del merito della qualità — che i marchigiani che si sono operati nel 1996 al Lancisi sono stati 546, nel 1997 sono stati 508, nel 1998 sono stati 633, nel 1999 sono stati 746, nel 2000 sono stati 969, nel 2001 sono stati 1.083 e nel 2002 sono stati 1.260. Quindi, rispetto al mandato del precedente piano sanitario il Lancisi ha fatto il doppio delle prestazioni, riuscendo bene nel risultato quantitativo. Non dico che la quantificazione, dovuta ad aziendalizzazione, è stata provocata da un contratto a cottimo, perché ho già avuto modo di dirlo e aspetto decisioni da parte della Giunta regionale. Ma mentre il Lancisi faceva questa cosa, contemporaneamente i marchigiani che sono andati fuori regione continuavano ad essere gli stessi: 405 nel 1996, 459 nel 1997, 514 nel 1998, 435 nel 1999, 373 nel 2000, 375 nel 2001. Quindi i numeri sono tali da avere la possibilità di fare due cardiocirurgie. Il problema è di smontare un'aziendalizzazione selvaggia che non aiuta i pazienti, perché essere dimessi in terza o quarta giornata dopo un intervento cardiocirurgico non è la cosa migliore che possa capitare a un individuo e contemporaneamente vale la pena di ragionare. Mi si dice che si ragionerà di questo nelle sedi opportune. Io sono convinta che se si fa una discussione seria non si possa che arrivare a queste conclusioni, ma siccome non posso partecipare alla sede ulteriore, vi chiedo di votare questa scelta per appello nominale. Nulla dico sul fatto che sia Pesaro, perché per me, che sia Pesaro o che sia Ascoli sarebbe la stessa cosa. E' inutile sottolineare che la questione di Pesaro si collega con l'altro emendamento sinora votato sulle "Marche di confine". Avendo in quella sola zona il Consiglio regionale scelto che l'ospedale San Salvatore è azienda, secondo me fa nascere un problema di qualificare le funzioni di quell'azienda. In questo senso cardiocirurgia a Pesaro.

PRESIDENTE. Ha la parola l'assessore Melappioni.

AUGUSTO MELAPPIONI. Il discorso è molto più ampio e complesso di quello che può essere fatto con una semplice risposta, allineando tutte le richieste, comprensibili e chiare, della collega Cecchini.

Noi stiamo facendo un lavoro che ci inorgoglisce per come sta andando avanti, rispetto a una programmazione dei fabbisogni, quindi delle risposte da dare a marchigiani nell'ambito della cardiologia. Dico questo perché c'è un grande lavoro che impegna tutti gli addetti e che fa riferimento a specifica, ampia, enorme bibliografia su quelle che sono le scelte da fare. Come ricordavo prima, a mio parere queste scelte hanno una minima valenza politica ma hanno una grande valenza tecnica. Al posto della collega Cecchini quei numeri non li avrei però tirati fuori, perché se quelli sono, da quello che so io, per quel poco che ricordo della mia professione, i numeri non sono perché ci siano le condizioni per avere due strutture che garantiscano il livello minimo qualificato. Direi che questo parere non è del solo assessore ma di un gruppo di lavoro che coinvolge tutte le strutture cardiologiche marchigiane e che entro il mese di luglio ci dirà quale deve essere la programmazione complessiva del fabbisogno di risposta su questo settore, come del resto stiamo facendo anche nell'ambito della neurologia e su quei profili che il Consiglio ha votato prima, ben presto faremo anche in altri settori. Credo che comunque dobbiamo dare risposte ai marchigiani, comunque nell'ottica della qualità e questo potrà essere fatto soltanto se saranno rispettati alcuni principi, alcuni criteri, dati oggettivi che vengono dalla letteratura internazionale e che ci qualificeranno comunque in quell'ottica di qualità con cui dobbiamo portare avanti il sistema.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Giannotti.

ROBERTO GIANNOTTI. Sono perfettamente d'accordo con l'emendamento del consigliere Cecchini che esprime il punto di vista di Forza Italia e credo del Polo, rispetto al

dibattito che si è avviato nella provincia e nella città di Pesaro e che questa sera consentirà finalmente di svelare l'inganno, cioè la posizione dei Ds che, ricordo ai consiglieri, hanno contrabbandato il raggiungimento di questo obiettivo, quindi garantito all'opinione pubblica pesarese il raggiungimento di questo obiettivo, in cambio di una posizione di neutralità rispetto all'azione che si è sviluppata nella città di Pesaro per dire no alla proposta di trasformazione dell'ospedale in istituto di ricerca. Se, come penso, i consiglieri regionali del partito di maggioranza relativa, assumeranno una posizione di contrasto rispetto a questa che è una richiesta specifica formulata dal Consiglio comunale di quella città, che è un impegno specifico assunto dal sindaco diessino della città di Pesaro, che è un impegno specifico assunto dal presidente della Provincia della città di Pesaro, allora si dimostrerebbe nei fatti, cosa che noi abbiamo già largamente acquisito nel dibattito di queste settimane, che questo partito non è un partito di governo, cioè non riesce ad assumere un atteggiamento di coerenza e soprattutto non riesce a trasferire a livello regionale il giudizio, la posizione ufficiale che questo partito assume sul territorio pesarese. Questo è il dato politico.

Sul piano del contenuto credo invece che questa sia un'esigenza legittima. Mi dispiace che Melappioni continui ad insistere, ma abbiamo già detto del grado di insufficienza con cui i servizi regionali corrispondono alla grande richiesta di alta sanità, da parte delle province periferiche delle Marche — riguarda anche Ascoli e Macerata e non solo Pesaro — e sarebbe importante che l'assessore questa sera venisse qui a dirci l'indice di utilizzo della cardiocirurgia di Ancona rispetto alla domanda e se soprattutto è in grado di dirci qual è il flusso, in negativo, che si realizza tutti gli anni, immancabilmente, verso gli ospedali dell'Abruzzo e dell'Emilia Romagna, perché il servizio regionale non è in grado di soddisfare in tempi giusti alla domanda di intervento che viene fatta. Il dato della mobilità passiva relativo a questo tipo di intervento, così come il dato della mobilità passiva relativa alla radioterapia, che sono due delle questioni di fondo che si giocano nelle aree di confine, sono

significativi di una carenza di fondo che il servizio regionale oggi realizza.

Colgo l'occasione per dire che ho condiviso questo emendamento che mi auguro non rimanga carta scritta. L'impegno per il riequilibrio delle alte specialità — e questa è una di quelle — è contenuto già nel vecchio piano sanitario, un impegno che questa maggioranza e questo Governo regionale hanno completamente disatteso. Voi da una parte avete votato con me, con i colleghi della Casa della libertà, con la Cecchini un indirizzo che rilancia questo auspicio, questo impegno, poi se concretamente andate a bocciare un emendamento che intende ridare a Pesaro quello che a Pesaro spetta in termini di alta specialità, evidentemente commettereste non un errore ma un omicidio sul piano politico.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Gasperi.

GILBERTO GASPERI. Sono perfettamente d'accordo con quello che diceva il collega Giannotti, ma ho ascoltato con grande interesse quanto diceva l'assessore Melappioni, quindi è facile fare delle considerazioni. Con questo emendamento si chiede di inserire, unitamente a emodinamica nelle sedi di Pesaro e Macerata la cardiocirurgia nella sede di Pesaro. Qui è stata fatta un'analisi sugli sviluppi e sui dati di base per prospettare e progettare un nuovo piano sanitario per la cittadinanza sanitaria. Mi sembra strano che l'assessore asserisca che entro luglio o settembre, sapremo se i dati per portare la cardiocirurgia a Pesaro possono permetterlo o meno, a seconda delle richieste, delle risposte date dall'offerta attuale.

Mi chiedo: dobbiamo aspettare così tanto? Quando è stato fatto questo piano, non si vedevano già le offerte, le richieste e se ciò che veniva offerto era in sintonia con le richieste? C'erano degli scarti, c'erano delle condizioni che avrebbero salvaguardato un risparmio di spesa per coloro che vanno fuori regione? Se sono cinque o dieci mi sembra normale che potrebbe esserci un discorso, da un punto di vista economico, per non aprire; ma dopo che è stato fatto uno studio dettagliato, dopo che sono state fatte proiezioni per vedere se si potevano

dare risposte concrete ai cittadini in funzione di quello che si voleva progettare, non si può non conoscere, oggi, nella cardiocirurgia, se diamo risposte sufficienti e totali alle richieste o se c'è la necessità di aprire un nuovo reparto, in modo particolare nelle zone di periferia, in questo caso specifico a Pesaro, dove c'è già la presenza di un'azienda sanitaria. Dovremmo attendere una Commissione che faccia uno studio specifico in materia per dare una risposta?

Non voglio scandalizzarmi, perché sarebbe sciocco, ma è una dimostrazione che le critiche che sono state fatte a questo piano attuato e portato avanti senza una conoscenza vera, di base, senza sapere in concreto che tipo di risposte dovevamo dare alle richieste effettive dei cittadini hanno una loro ragione. Mi auguro che questo emendamento venga accolto ed è per questo motivo che a nome anche dei consiglieri Giannotti e Cecchini chiedo la votazione per appello nominale.

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

**ADRIANA MOLLAROLI.** Esprimo la posizione del gruppo, dei Ds regionali su questa vicenda, dimostrando anzitutto al consigliere Giannotti che i Ds sono un partito capace di fare le opportune sintesi regionali e di non essere un partito che rappresenta la sommatoria dei territori più forti, per cui ci siamo espressi sulla vicenda che ha riguardato il Salesi e anche su questo aspetto stiamo cercando di ragionare con molta serietà, tenendo conto delle opportunità e dei percorsi possibili. Con questo piano l'azienda ospedaliera di Pesaro non esce indebolita. Se andiamo a leggere con attenzione il potenziamento dell'azienda, anche dal punto di vista dell'attribuzione dei posti letto, mi pare che esca rafforzata. Così come c'è la possibilità di proseguire, consolidare e valorizzare l'esperienza della neurochirurgia. Ma con l'emendamento che abbiamo appena approvato, che riprende il percorso del vecchio piano, si riapre la possibilità delle aree di confine di pensare anche alla redistribuzione delle funzioni di alta complessità e quindi della specialistica. Si riaprono però, condizionate da due fattori che non

sono di secondaria importanza. Primo, le effettive possibilità economiche; secondo, una lettura seria di ciò che al territorio necessita, leggendo con attenzione quali sono le ragioni della mobilità e come può essere arricchita l'offerta del nostro territorio. Quindi mi pare che evitiamo la demagogia con questa proposta secca che il consigliere Cecchini fa e che anche la destra pesarese sostiene. I numeri li leggeremo in un percorso di verifica più complessivo. Come partito regionale Ds esprimiamo questa capacità di saper fare sintesi, di sostenere ciò che è sostenibile, ciò che è credibile, ciò che è credibile, quindi si aprono possibilità vere di potenziamento di quell'ospedale, alcune con certezza ora, alcune con una certezza che dipenderà anche da come sapremo governare complessivamente questo piano.

**PRESIDENTE.** Ha la parola l'assessore Secchiaroli.

**MARCELLO SECCHIAROLI.** Penso che quello che abbiamo approvato e che stiamo approvato, rappresenti già alcune realtà, cominciando dalla neurochirurgia, che è esplicitamente citata. Circa l'altro problema della cardiocirurgia penso che dobbiamo tenere conto dell'emendamento 257 approvato qualche minuto fa, dove si parla dei cosiddetti progetti di "Marche di confine". Si tratta di capire come gestire i piani, se applicarli o meno e la capacità delle strutture di realizzare le cose, non solo fare spettacolo e dare una mano ad altre cose che poi la gente non capisce.

Ci sono quindi tutte le possibilità, sia per la cardiocirurgia che per la neurochirurgia, manca soltanto una questione che vorrei trasformare in un subemendamento all'emendamento Cecchini, perché con l'approvazione dell'emendamento 257 diventa parziale la frase che lega le realizzazioni al recupero effettivo di risorse dal macrolivello ospedaliero regionale e così messo è riferito esclusivamente all'emodinamica nelle sedi di AP e MC, ma se consideriamo il 257 approvato, quindi organico al nuovo testo, farei un subemendamento che dica "i progetti delle Marche di confine, le funzioni di emodinamica nelle sedi di AP e MC

VII LEGISLATURA — SEDUTA N. 143 DEL 25 GIUGNO 2003

sono legati al recupero effettivo di risorse dal macrolivello ospedaliero regionale”.

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE  
SANDRO DONATI

PRESIDENTE. Considerato che, a differenza di quanto annunciato, non vi sono subemendamenti formali all'emendamento 260, passiamo alla votazione per appello nominale.

PRESIDENTE. Prego di procedere alla votazione per appello nominale.

GABRIELE MARTONI, *Consigliere segretario*. Procedo alla chiama:

Brini	assente
Castelli	sì
Cecchini	sì
Ceroni	sì
Cesaroni	assente
Ciccioli	sì
D'Ambrosio	no
D'Angelo	assente
Donati	no
Favia	assente
Franceschetti	no
Gasperi	sì
Giannotti	sì
Grandinetti	assente
Luchetti	no
Martoni	no
Massi Gentiloni Silveri	sì
Melappioni	no
Minardi	no
Modesti	no
Mollaroli	no
Moruzzi	no
Novelli	assente
Pistarelli	sì
Procaccini	no
Ricci	no
Rocchi	no
Romagnoli	sì
Secchiaroli	assente
Silenzi	no
Spacca	no
Tontini	no
Trenta	astenuto
Viventi	assente

Agostini	no
Amagliani	assente
Amati	no
Ascoli	assente
Avenali	no
Benatti	no

*Il Consiglio non approva*

PRESIDENTE. Emendamento 261. Ha la parola il consigliere Castelli.

GUIDO CASTELLI. L'emendamento si ricollega a quello che dicevamo prima, sempre nell'ambito delle disponibilità. L'intendimento dell'emendamento è di precisare come lo sforzo diretto all'avvio di queste esperienze specialistiche possa essere sostenuto da apposite risorse aggiuntive. L'aggettivo "aggiuntive" fa il paio con la filosofia di fondo di un piano che comunque ci induce a ritenere extra ordinem le alte specialità collocate fuori dalle aziende ospedaliere. Ecco quindi un emendamento che mira a dare più sostanza e più carattere strutturale alle previsioni delle emodinamiche di Macerata e di Ascoli Piceno. Diceva giustamente l'assessore Agostini che il richiamo alle necessità finanziarie è necessario anche per dare concretezza alla previsione: su questa linea, su questo sfondo riteniamo che una precisa allocazione di risorse munisca questa impostazione di una più chiara e concreta prospettiva di realizzazione.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Pistarelli.

FABIO PISTARELLI. Questo è un emendamento sostanziale ed importante, come gli altri ai quali abbiamo dato il giusto rilievo. La questione delle alte specialità deve essere affrontata in maniera molto seria da parte di quest'aula. La Commissione ha inserito la valorizzazione delle esperienze di neurochirurgia a Pesaro ed Ascoli e quella del polo oncologico di Macerata. Ci sembra ben poco rispetto all'esigenza attuale di dare forza ad una idea di policentrismo delle eccellenze. Per esempio, come ho detto in sede di discussione generale, le ernie alla colonna vertebrale

o lo stesso polo oncologico di Macerata sono esperienze andate in senso molto positivo e non possono essere liquidate in tre parole di valorizzazione così generica e senza specificazione, almeno, di un'attenzione per quanto riguarda le risorse che devono essere destinate a questo tipo di situazione, almeno per quanto riguarda la stabilizzazione di progetti che domani mattina potrebbero chiudere i battenti, se li lasciassimo nella indeterminatezza di questa frase aggiunta dalla Commissione. Un passetto in avanti c'è quindi stato, ma non in maniera sufficiente per quanto riguarda il contenuto di questa espressione, perché è una cosa che continuerà ad essere nel canale dei contratti, delle consulenze che oggi ci sono e domani potrebbero non esserci più, a scadenza del termine previsto dalla consulenza stessa.

Stesso discorso per il polo oncologico, che si sta consolidando in maniera strutturale: dobbiamo destinare apposite risorse e dobbiamo farlo in questo piano, dentro questa programmazione, esplicitando quello che è nelle intenzioni, cioè la valorizzazione di certe cose che possono vedere le Marche parlare un linguaggio plurale anche nelle alte specialità, quelle possibili. Queste sono le alte specialità possibili da trattare a livello "periferico", ma in realtà le Marche sono un insieme di centri che hanno la stessa valenza, anche a livello di impatto di popolazione, di territorio. Quindi scriviamo su questo tre parole chiare: "riconoscendo apposite risorse aggiuntive". E' un'indicazione programmatica che serve per la gestione dello "strumento piano", che verrà demandata agli organi che questa maggioranza ha indicato per questo compito, cioè la Asl unica e i suoi addentellati territoriali, ma la Giunta è chiamata a dire delle cose specifiche e vincolanti. Risorse aggiuntive per dare stabilità al polo oncologico di eccellenza di Macerata e agli interventi neurochirurgici, che sono stati effettuati in maniera positiva, per risultati e per qualità, ad Ascoli e a Pesaro.

PRESIDENTE. E' stato presentato un subemendamento a firma Cecchini e Romagnoli, che propone di aggiungere, dopo la parola "Macerata", "e a Fermo le previsioni di

una delle sedi della riabilitazione cardiovascolare".

Ha la parola il consigliere Giannotti.

ROBERTO GIANNOTTI. Intervengo sull'emendamento per esprimere il mio voto favorevole, condividendo le motivazioni espresse dal collega Pistarelli e che avrebbe voluto esprimere anche il collega Brini, se impegni urgenti non l'avessero chiamato fuori sede. Vorrei però cogliere l'occasione per tornare a richiamare un dato grave scaturito dalla votazione per appello nominale sull'emendamento relativo alla cardiocirurgia. Di fatto, con questo voto il Consiglio regionale ha negato un diritto ai cittadini della provincia di Pesaro, che invece è ampiamente riconosciuto ad altri e credo che questo non sia legittimo. L'altra cosa è che questa sera la maggioranza di questo Consiglio regionale ha dato due schiaffi alla città di Pesaro e non può sfuggirvi che la delegazione pesarese diessina su questo problema si è spaccata, cioè i tre consiglieri di Fano, Urbino e Cagli hanno votato contro, mentre il consigliere pesarese giustamente ha abbandonato l'aula. E' un segnale politico preciso, rispetto al non mantenimento di un impegno. Qui ci sono pronunciamenti delle assemblee elettive. Il Consiglio comunale di Pesaro si è espresso all'unanimità su questa cosa. Qui c'è l'impegno assunto dal Presidente D'Ambrosio che, in cambio al no all'Ircs aveva garantito un percorso non accidentale così com'è stato e qui c'era anche un voto di consenso espresso dal tuo partito in Consiglio comunale, Procaccini, quindi quando parlo di commedia degli inganni, mi riferisco a questo. Questo accadrà quando, fra poco, dovremo dire di no a Pergola, a Fossombrone: a Pesaro si dice una cosa e in Ancona se ne decide un'altra, quindi è inutile poi cercare di arrampicarsi sugli specchi accusando gli altri di ipocrisia. Io ho votato coerentemente con la posizione che abbiamo assunto, favorevolmente all'emendamento su Macerata e credo sia una richiesta legittima. Altrettanto legittima era la richiesta di Pesaro di poter contare su questa alta specialità.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Procaccini.

CESARE PROCACCINI. E' ovvio che i Comunisti italiani voteranno contro una proposta di questo tipo, perché quando noi ragioniamo abbiamo sempre due visioni, una di merito e una politica, generale, perché il piano ha un suo equilibrio complessivo e non può essere stravolto all'interno della fissazione di qualche bandierina qua e là. In questo senso noi, ad esempio, ci facciamo carico di una esigenza complessiva, pur capendo quello che sul territorio è emerso. Del resto mi pare che la nuova proposta di piano sanitario recepisce in pieno il pronunciamento del Consiglio comunale di Pesaro, perché in primo luogo — e non era scontato — viene riconfermata l'azienda ospedaliera San Salvatore, in secondo luogo, nella declinazione delle strutture ospedaliere e della dicitura "Marche di confine", Pesaro e la sua provincia hanno un ruolo importante nella sanità delle Marche.

Se guardiamo i numeri della mobilità passiva, in realtà essa si esplicita non solo e non già nell'alta specialità, perché purtroppo, per quelle patologie o malattie non ci sono nell'Italia centrale o nell'Italia meridionale, strutture valide. Addirittura i malati vanno, quando va bene a Milano, in Germania o in Canada e negli Stati Uniti. Quindi ci vorrebbe, anche nel metodo e nello stile, un maggiore rigore, comprendendo tutto quello che emerge nel territorio, perché il territorio è molto vasto e noi dobbiamo ricondurre la politica a una sintesi regionale.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Cecchini.

CRISTINA CECCHINI. Credo che non debba meravigliare l'attenzione al dibattito sulle eccellenze e sul fatto che determinate strutture ospedaliere rivendichino per sé la necessità di promuovere l'eccellenza nei territori, nel senso che sta non solo nel ragionamento complessivo del recupero parziale della mobilità sanitaria extraregionale, perché sappiamo bene quanto sono le basse patologie che vanno fuori regione, quindi il drenaggio delle risorse entro la regione noi non lo risolviamo con le eccellenze questo sarebbe sbagliato sostenerlo, però non c'è dubbio che il sistema regionale concentrato

su Ancona non risolve il problema che dobbiamo dare alla popolazione marchigiana, di dare risposte importanti di fronte al progressivo diffondersi delle nuove tecnologie e questa cosa ha bisogno di risposte ben più adeguate. Finalizzare risorse è fondamentale, ma anche introdurre alcune altre funzioni, tipo la diagnostica citogenetica, la radioterapia o altro nelle questioni che devono avere una caratterizzazione policentrica credo che sia importante, altrimenti rischiamo di fare un dibattito tutto concentrato su quanto Ancona svolge una funzione regionale. L'assessore non può dimenticare che la funzione di Torrette è soltanto al 65-70% sulle altre province. Meglio il Salesi, meno bene il Lancisi, ma se guardiamo Torrette, che è l'ospedale regionale per eccellenza — perché i 480 posti sono centrati per più della metà lì — le risposte non ci sono. Per questo le richieste sono di promuovere l'eccellenza anche sui territori di confine.

La risposta data dalla maggioranza della Commissione non è soddisfacente, intanto perché significa che l'ospedale San Salvatore rimane una scatola vuota, con l'etichetta di azienda ospedaliera, ma la questione della neurochirurgia non risolve il dibattito che c'è a Pesaro, come sa bene l'assessore Melappioni, dato che anche Secchiaroli chiede di avere qualcosa di più significativo rispetto al dibattito che ha dilaniato la città. Il fatto che si risponda con una convenzione con i medici dell'Umberto I sulla neurochirurgia — sperando che diventi neurochirurgia, perché adesso non lo è — non è sufficiente. Così come il fatto che la diagnosi citogenetica venga lasciata in Emilia Romagna, vuol dire che la fecondazione artificiale si fa dai privati, non in una struttura pubblica e così andando avanti. Non è che il fatto che non si risolva ci fa risparmiare, ma facciamo pagare ai cittadini marchigiani la necessità di andare a fare la fecondazione artificiale nelle strutture private, perché ci si va, risolvendo personalmente il problema legato alla maternità e alla paternità.

Dopodiché le questioni rimangono quelle, cioè la Pet, la Tac, tutto il resto diventano questioni legate a iniziative sporadiche non guidate. Da tutto questo dibattito sull'eccellenza chiudiamo un piano sanitario che prevedeva



interventi in aree di confine, di fatto non si è realizzato niente, tranne che politicamente salvare l'etichetta a Pesaro sul San Salvatore e apriamo questa nuova stagione del piano sanitario 2003-2006 con pochissimo, di fatto. Voglio prendere il positivo di quello che c'è scritto. Il fatto che c'è scritto "potenziare e valorizzare la neurochirurgia" è motivo di soddisfazione ma anche motivo di impegno per questa Giunta nel realizzarla davvero. Quindi non dico che non c'è niente. Voglio sottolineare le cose che ci sono, ma rischiano di mettere in difficoltà il centro-sinistra della provincia di Pesaro moltissimo rispetto a un dibattito sull'Ircs nel quale si era detto "vogliamo stare dentro il sistema sanitario regionale".

PRESIDENTE. Ha la parola l'assessore Silenzi.

GIULIO SILENZI. Laddove il piano valorizza l'esperienza, sia di Pesaro che di Ascoli, che quella del polo oncologico di Macerata, soddisfa, perché di fatto per la prima volta riconosce l'esperienza maceratese di polo oncologico in un piano pluriennale, dopo che la Regione ha investito. Ecco perché è pleonastica la richiesta di Pistarelli: perché già la Regione ha riconosciuto, in termini di occupazione, quindi di possibilità di assunzione di medici e di infermieri, la possibilità di aumentare il budget di spesa, proprio per far sì che il polo oncologico maceratese funzionasse. Questa è notizia di poche settimane fa. Quindi questo riconoscimento va a sancire una priorità e un riconoscimento regionale rispetto a un'esperienza che già ha visto una maggiorazione della contribuzione per far sì che il polo sia un riferimento regionale. Questo va sottolineato. Il punto è che c'è un'esperienza nuova, inedita, il cui percorso va monitorato, seguito, verificato, ma un'esperienza che ha oggi una valenza regionale e che viene riconosciuta nel piano. Questo è l'aspetto positivo e se non si coglie questo aspetto positivo e si riduce tutto a qualche cosa di inutile, non si coglie il valore di questo riferimento, nel piano. Per la prima volta un'esperienza di questo tipo viene riconosciuta, consolidata e valorizzata. Questo è l'aspetto positivo che volevo sottolineare, al di

là del "+1" che Pistarelli, la Cecchini ed altri, in un ruolo di opposizione chiedono, nel senso che se destiniamo risorse adeguate il "+1" è "quante risorse?". L'importante è che ci sia questo riconoscimento, che non era assolutamente scontato. Per questo l'aula, senza voler attaccare la sanità anconetana ma riconoscendo delle eccellenze sul territorio, in un lavoro a rete che deve coinvolgere tutte le Marche, stabilisce delle specificità pesaresi, ascolane e maceratesi. Questo è l'aspetto nuovo che il piano prevede concretamente e che fino ad oggi non era mai stato realizzato in questa regione.

PRESIDENTE. Ha la parola l'assessore Melappioni.

AUGUSTO MELAPPIONI. Credo che il collega Silenzi abbia centrato la mia intenzione su questa specifica risposta. Completo dicendo che alcuni giorni fa si è firmato un budget che prevede due milioni di euro in più per questa funzione, quindi non si può dire che il governo regionale non abbia posto in essere quanto si era impegnato a perseguire. Ben diverso è scrivere un piano sanitario.

Mi permetto di richiamare il Consiglio tutto, quindi anche l'opposizione di destra e quella di sinistra — ancora non ho capito bene la collocazione — su due questioni. Una, che si continua a eccedere nella riflessione del dibattito sul piano sanitario, quando si entra nello specifico, sulle questioni delle strutture ospedaliere e poi ci si straccia le vesti perché si deve fare più prevenzione e più territorio. Ho bisogno di richiamare questo, perché è un'esperienza che ho vissuto in questi anni: si dice una cosa e poi se ne chiede un'altra. L'altra cosa sulla quale solleco un impegno, è che questa tecnica del chiedere una cosa in più, senza minimamente avere il coraggio di fare una scelta e dire "questa cosa in meno", credo che sia un modo che non contribuisce alla costruzione di un piano sanitario realizzabile, che possa essere operativamente tale, serve soltanto a poter urlare da qualche parte "ho ottenuto questo", ma non di sicuro a migliorare il sistema sanitario stesso.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Ricci.

ANDREA RICCI. Presento un subemendamento, perché per la verità mi pare che già in Commissione avevamo discusso e poi è uscita questa versione. Il subemendamento si riferisce all'esperienza di neurochirurgia già avviata nella sede ospedaliera di Pesaro e nel testo presentato si dice "e Ascoli Piceno". Si dovrebbe più correttamente dire "nelle sedi ospedaliere di Pesaro e della provincia di Ascoli Piceno", perché l'esperienza di neurochirurgia fino ad oggi avviata coinvolge non soltanto la sede ospedaliera di Ascoli Piceno ma anche quella di San Benedetto, per cui è più corretto, perché corrisponde alla situazione attuale, riferirsi alle sedi ospedaliere della "provincia di Ascoli Piceno".

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Cecchini.

CRISTINA CECCHINI. L'assessore ci richiamava a non fare un ragionamento ogni volta "più qualcosa", senza dire "meno che cosa". Però devo ricordargli che per come è stato scritto il piano, per come è stata formulata pag. 34 sul vincolo economico, siamo ancora nella fase in cui, per destinare i 25 milioni di euro al potenziamento della prevenzione Adi, salute mentale, stiamo togliendo 60 milioni di euro agli altri settori. L'assessore non può dire che non ha avuto emendamenti su dove tagliare sulla semplificazione amministrativa o sulla riorganizzazione della rete ospedaliera, o dove razionalizzare la spesa farmaceutica, perché darebbe torto al nostro lavoro di questa giornata. Quindi si tratta di discutere su due questioni non secondarie. Una il destino degli ospedali di polo: se li volete tagliare tutti o quasi tutti risparmiare ben più dei 10 milioni di euro che avete detto, e sulle eccellenze, se pensate solo di far nascere qualcosina è chiaro che la questione diventa quella di mantenere lo status quo.

PRESIDENTE. E' stato chiesto un minuto di sospensione, quindi la seduta è sospesa.

**La seduta, sospesa alle 19,05,  
riprende alle 19,10**

PRESIDENTE. Sul subemendamento 0261, si aggiunge, dopo la parola "Macerata", le parole "e a Fermo la previsione di una delle sedi della riabilitazione cardiovascolari". Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Pongo in votazione l'emendamento 261. Ha la parola il consigliere Pistarelli.

FABIO PISTARELLI. A noi interessa che l'aula si esprima chiaramente su questo punto, perché le parole degli assessori Silenzi e Melappioni sono contraddittorie. Da una parte si dice "già stiamo facendo", e allora se stiamo facendo, inseriamo "riconoscendo apposite risorse aggiuntive". Sappiamo che effettivamente, per quest'anno, finalmente, la questione è stata portata, seppure a fatica, in porto. C'è stato un lavoro molto lungo, perché del polo oncologico stiamo parlando dal 1998. Se si dice che già ci sono queste indicazioni, allora lo si espliciti per il futuro, fino al 2003, fino a quando vale questo piano sanitario, fino a quando faremo la verifica a fine 2003 con un nuovo piano. Se invece si dice — parallelamente è stato fatto questo discorso, sia da Silenzi che da Melappioni — "è il classico +1 dell'opposizione", allora è un'altra cosa, in contraddizione con quello che è stato detto poc'anzi, perché se si dice che c'è già l'impegno non si può dire, contemporaneamente, che è il classico "+1" dell'opposizione. Se invece il "+1" è l'opposizione che vuole portare a casa qualcosa, allora non è vero che questo impegno è così esplicito e così sicuro e serio per quanto riguarda la programmazione 2003-2006 di questa regione circa le alte specialità. Forse la verità sta nel mezzo: è vero che c'è stato un impegno, ma questo impegno ha significato ancora solo aver limitato a consulenze, a contratti specifici le esperienze di neurochirurgia a Pesaro e Ascoli, quindi non a strutture che possano essere in grado di garantire la permanenza di quelle funzioni e di quei ruoli che sono stati assolti attraverso contratto. Forse il polo oncologico di Macerata è ancora una partita da definire, da completare, perché tanto deve essere fatto per far sì che quello sia, per il futuro, il polo

oncologico regionale, cioè un centro di eccellenza e di valenza regionale che a fatica è stato portato avanti, grazie alle battaglie, agli impegni, alle prese di posizione forte dell'intero territorio, unitariamente inteso e che a fatica ha trovato questo riconoscimento, ma a fatica, perché va consolidata e valorizzata l'esperienza. Non è uguale a dire "lì c'è questa alta specialità, lì individuamo la sede di questo centro di valenza regionale". "Lì" significa non solo in Ancona ma negli altri territori, che possono fare queste funzioni. Lo dobbiamo scrivere esplicitamente ed impegnarci in maniera esplicita per le risorse future, cioè una parte del nostro budget è destinata a questo. Le questioni di valenza regionale valgono anche per Pesaro, Ascoli e Macerata, per queste funzioni.

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE  
LUIGI MINARDI

Emendamento n. 261. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 262. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Subemendamento n. 263. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio approva*

Emendamento n. 264. Ha la parola il consigliere Pistarelli.

FABIO PISTARELLI. Medicina del lavoro, unità operativa complessa per il polo ospedaliero di Tolentino. Questa era la richiesta del consigliere Massi, perché penso che la preoccupazione sia quella di dare a Tolentino delle funzioni alternative rispetto a quelle che ha perduto. Non so se da Macerata a Tolentino è cosa in discussione, lo lasceremo magari alle zone, però diamo un osservatorio attento, fac-

ciamo un'attenta verifica, perché queste sono questioni delicate su due nosocomi che non devono fare la guerra dei poveri, ma devono effettivamente dividere funzioni che possono essere assolte in maniera organica.

Pongo in votazione l'emendamento 264.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 265. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 266. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 267. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 268. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 269. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 270. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 271. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 272. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 274. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 275. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 275 bis. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio approva*

Emendamento n. 276. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 277. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 281. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 281 bis. Ha la parola il consigliere Giannotti.

ROBERTO GIANNOTTI. Cominciamo la partita storica di questa seduta del Consiglio regionale che è il cuore vero del piano sanitario regionale. Questa maggioranza vuole destrutturare il sistema delle chirurgie negli ospedali minori. La scelta di fondo che esprime questo piano è togliere questo servizio fondamentale per tante zone delle Marche, magari facendolo passare come un di più, così come si è tentato di fare per Salesi e Lancisi, ma non è così. Io che conosco bene la mia provincia, credo che risorse sanitarie quali quelle espresse dall'ospedale di Pergola, dall'ospedale di Cagli, da quello di Fossombrone, da quello di Sassocorvaro, da quello di Novafeltria, abbiano un rilievo che non può essere sconosciuto. Si tratta di strutture ospedaliere in buonissime

condizioni, addirittura quella di Pergola ha un rilievo sul piano dell'efficienza largamente acquisito, ma che svolgono nel territorio un intervento importante sul piano dell'emergenza sanitaria ma soprattutto sul piano del drenaggio della domanda di salute che viene espressa. Il fatto di avere compiuto la scelta di togliere agli ospedali di polo, sostanzialmente, questo punto di riferimento essenziale, è una cosa sbagliata, perché non può sfuggire che togliere la chirurgia o comunque non garantire una chirurgia a tempo pieno, quindi in mobilità, quella aggiornata o quella programmata... Togliere la chirurgia significa togliere l'unità operativa, quindi togliere efficienza ed efficacia all'intervento realizzato in quel campo e vuol dire cominciare quest'opera di degrado dei piccoli ospedali, che senza questo servizio essenziale sono destinati pian piano a concludere la loro esperienza, lasciando intere situazioni, in zone particolarmente disagiate della regione, in condizioni estremamente pesanti.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Cecchini.

CRISTINA CECCHINI. Rispetto all'emendamento della Commissione che dice una cosa importante e che mi sembrava l'assessore Melappioni avesse condiviso in Commissione sanità, l'assessore Agostini propone di togliere il passaggio in Commissione. Vorrei verificare se siamo d'accordo sulla sostanza. Io non sono d'accordo che non ci sia un ulteriore passaggio, perché il passaggio in Commissione si può fare anche senza perdere tempo. La sostanza è questa: ci sono queste due delibere che la Giunta ha fatto il 10 settembre 2002 la 1621 e a dicembre la 2665, che sostanzialmente differenziano le tariffe fra le prestazioni erogate nelle aziende ospedaliere e nelle aziende di rete e quelle erogate negli ospedali di polo. Rispetto a queste prestazioni la differenza di valore è molto ampia, nel senso che è pari al 20, 30% di differenza in più o in meno. Esempio per tutti è l'appendicite, 5.000 euro da una parte e 4.000 euro dall'altra, ma così vale per tutte le patologie.

Quando feci un'interrogazione scritta, l'assessore mi rispose per iscritto, dicendo che il piano era la sede per risolvere la questione. A

me sembrava che la soluzione trovata dalla Commissione fosse una soluzione buona: rivedere la determinazione delle tariffe e sulla base di una casistica ampia, minore e medio-alta dedicata agli ospedali di polo le tariffe devono essere conseguenti. Se è così sarebbe bene che l'assessore Agostini ritirasse il suo subemendamento.

LUCIANO AGOSTINI. Non vorrei fare una questione di merito. Penso che l'emendamento a cui fa riferimento il mio subemendamento parli di attività esclusivamente gestionale, quindi esclusivamente di competenza dell'organo esecutivo e secondo me è sbagliato, sul piano tecnico-amministrativo, un vincolo nel dire "sentita la Commissione consiliare competente". Questo non significa che sul piano politico e della correttezza, trattandosi di un argomento importante che coinvolge l'intero Consiglio il Governo regionale non si faccia premura di ascoltare, sentire, consultare per vedere come raggiungere l'atto nel migliore dei modi, ma dal mio punto di vista penso che tecnicamente, sul piano amministrativo, essendo un'attività esclusivamente gestionale, sia da ripristinare la competenza esclusiva all'Esecutivo. L'impegno che il governo può assumere è dare il massimo del coinvolgimento alla Commissione e al Consiglio perché l'atto arrivi all'approvazione con una concertazione.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Ricci.

ANDREA RICCI. Noi prendiamo atto della richiesta della Giunta regionale che ritiene che un eventuale parere della Commissione su questo atto oltrepassi le competenze della Commissione stessa ed entri in una sfera puramente gestionale, per cui siamo favorevoli all'emendamento. Vorrà dire che la Commissione consiliare, se lo riterrà, eserciterà i poteri di verifica e controllo sull'attività dell'Esecutivo previsti dallo Statuto e potrà successivamente entrare nel merito.

Il contenuto dell'emendamento è chiaro, nel senso che noi, con questo piano sanitario regionale ridefiniamo il quadro programmatico

all'interno del quale si collocano le prestazioni dei singoli livelli ospedalieri, ci sembra quindi del tutto ovvio, naturale e obbligato il fatto che le delibere che fissano le tariffe ospedaliere vengano riviste alla luce dei nuovi elementi di programmazione che il piano sanitario regionale che approveremo fissa. Sarà poi la Giunta a valutare se il piano contiene novità tali da modificare le tariffe oppure no. La Commissione consiliare eserciterà preventivamente e successivamente i ruoli che lo Statuto le assegna.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Pistarelli.

FABIO PISTARELLI. A differenza del collega Ricci io ritengo che gli atti relativi alle tariffe e prestazioni ospedaliere siano di natura programmatica, perciò debbano rientrare nelle competenze di questo Consiglio attraverso almeno il parere della Commissione, quindi chiedo all'assessore Agostini di ritirare questo emendamento. Sostengo questo con forza, perché definire due fasce, come hanno fatto queste due delibere di Giunta, di prestazioni, significa definire due fasce di ospedali, due tipi di ospedali, uno di serie A, gli ospedali di rete, l'altro di serie B, forse, perché tutto quello che leggeremo e voteremo da qui in avanti non so se concluderà per la serie B o addirittura per la categoria amatori.

Questa questione deve essere affrontata e con soddisfazione vedo che effettivamente l'emendamento che oggi si propone da parte della Commissione si inserisce in questa riflessione e accoglie gli appunti e le sollecitazioni che noi, già in sede di discussione generale del piano di riordino avevamo fatto a questa deliberazione, ma anche prima con l'intervento attraverso gli atti ispettivi. Pertanto ritengo che debba essere votato l'emendamento della Commissione 281 bis e non debba essere neppure posto all'attenzione dell'aula il subemendamento dell'assessore, perché l'atto di individuazione delle tariffe è atto di programmazione, anzi forse l'atto più importante della programmazione dei servizi, delle strutture ospedaliere, perché significa che si decide chi va avanti, attraverso le risorse e le possibilità concrete e chi rimane indietro, forse per

sempre, perché questo è stato fatto già a dicembre 2002 in maniera scorretta e grave, perché non avevamo discusso né del piano sanitario, né della proposta di riordino del servizio e del sistema, pertanto addirittura si è anticipata una cosa che non doveva essere fatta se non attraverso il voto del Consiglio regionale.

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

**GUIDO CASTELLI.** Vorrei solo aggiungere una cosa a quanto giustamente diceva il consigliere Pistarelli, che faccio mio e confermo come valido. Qual è il problema? Che spesso e volentieri, nell'applicazione della programmazione sanitaria vige il principio del carciofo sfogliato petalo a petalo, e mi spiego. Spesso e volentieri, l'elemento surrettizio che porta a conseguire risultati che non sono facilmente intelligibili dagli atti ma che poi si concretizzano nel farsi concreto dell'attuazione del piano, viene segnalato attraverso la via della compatibilità economica, cioè noi dobbiamo in qualche modo stabilire quali sono gli antidoti e la deterrenza a quella politica del carciofo che generalmente è stata applicata da questa Regione per arrivare a raggiungere inconfessati risultati di chiusura a fronte, magari, di previsioni che testualmente recitavano cose diverse. Siccome il carciofo sta lì e sovrasta — come l'uovo di Federico da Montefeltro che sovrasta l'Adorazione — la sanità regionale, dobbiamo prevedere che per lo meno, attraverso il coinvolgimento della Commissione non si possano procurare surrettiziamente risultati, anche in contrasto con il piano, manifestando come ineluttabili situazioni che ineluttabili potrebbero non essere.

Ha ragione Pistarelli quando parla della classifica di serie A e B ma anche C, perché sapete benissimo che queste delibere mostravano di favorire gli ospedali di rete, ma se andiamo a valutare l'esito e il portato di queste delibere, con le regole generali che prevedono il rimborso a quota capitaria in favore degli ospedali di rete e a quota completa in favore degli ospedali-azienda, vediamo come, in realtà, c'è tutta un'ulteriore distorsione. Credo allora che il coinvolgimento della Commissione

non risponda a un principio vuotamente assemblearistico, ma anzi consenta la giusta chiarificazione, il giusto focus su quella parte, che sarà importantissima, di attuazione del piano, perché un piano-delega in bianco, un piano-procura ha il grosso rischio concreto che nella fase attuativa evolva secondo dinamiche sottratte a questo Consiglio, quindi alla logica di chi con questo atto dovrebbe programmare.

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

**ADRIANA MOLLAROLI.** L'emendamento così come formulato dalla Commissione sarebbe stato migliore, però mi attengo alle decisioni della maggioranza. Ciò che mi interessa è il risultato: che la Giunta riprenda davvero in esame questa questione della tariffe, delle diversità di tariffazione tra le varie tipologie degli ospedali, alla luce della nuova programmazione che il piano ci consegna. Ci tenevo soltanto a ricordare che questa, oltre ad essere una considerazione alla quale è addivenuta la Commissione in fase di discussione del piano, era anche una precisa richiesta delle organizzazioni sindacali e quindi mi auguro che, al di là delle modalità con le quali l'aspetto verrà realizzato, si faccia.

**PRESIDENTE.** Ha la parola l'assessore Melappioni.

**Augusto MELAPPIONI.** Uno dei problemi più grossi in questo paese è la chiarezza dei ruoli, quindi ringrazio i colleghi di maggioranza che hanno ristabilito ruoli e responsabilità. Credo che questo non escluda che ci sia un confronto su una serie di tematiche in maniera non strutturata, a priori con la Commissione, quindi al di là del ruolo e dell'autonomia della Commissione credo che avremo la possibilità di poterci chiarire su una serie di questioni. Ma vorrei ribadire un concetto che avevo già espresso, anzi vorrei fare una domanda: in quale momento, in questi anni di governo della sanità, la Giunta regionale ha proposto la programmazione rispetto agli specifici risultati economici di un qualche ospedale? Non l'abbiamo mai fatto, colleghi. Se dovessimo fare questo,

allora sì che andremmo ad un'azione violenta nei confronti degli ospedali di polo, che non è nelle nostre intenzioni e nelle nostre volontà. Ripeto ancora una volta: il finanziamento avviene per quota pro-capite con tutte le varianti che abbiamo già discusso in passato, non avviene sul livello delle prestazioni. Questo ci è servito semplicemente per allineare le nostre tariffe a quelle nazionali e quindi aumentare il valore positivo della nostra mobilità o quello che produciamo rispetto agli altri, evitando contemporaneamente di favorire una certa quota della sanità, anche regionale, ma non per quello che riguarda la sanità pubblica, per cui è una partita di giro a valore zero, senza strumentalizzare mai, questo non lo abbiamo mai fatto e tanto meno sugli ospedali di polo. C'è qualcuno che ha giocato su questa cosa, ha strumentalizzato questo per criticare la Giunta regionale e non soltanto da parte dell'opposizione e questo, secondo me, è sbagliato, perché abbiamo dimostrato, anche con la proposta di piano sanitario, che non c'è nessuna linearità fra risultato economico degli ospedali di polo e riordino che pretendiamo di fare sugli ospedali di polo stessi.

Lo pongo in votazione il subemendamento 281 bis.

*Il Consiglio approva*

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento 281 bis.

*Il Consiglio approva*

La seduta è sospesa per una breve riunione dei capigruppo.

**La seduta, sospesa alle 19,35,  
riprende alle 19,45**

PRESIDENTE. Emendamento n. 282. Ha la parola il consigliere Cecchini.

CRISTINA CECCHINI. Non voglio qui cominciare un ragionamento sugli ospedali di polo che faremo complessivamente dopo. In questa frase si propone di sopprimere che negli

ospedali di rete vanno concentrate tutte le attività d'urgenza, quelle chirurgiche complesse o, più in generale, quelle di tipo semintensivo e intensivo. La questione è rilevante, perché è direttamente collegata alle funzioni di emergenza chirurgica, possibili o meno, negli ospedali di polo. O gli ospedali di polo hanno la possibilità di avere l'urgenza e l'emergenza chirurgica per gli esterni, non solo per chi si aggrava all'esterno, oppure non sono ospedali normali ma che fanno solo la funzione di chirurgia programmata, che è altra cosa.

Questa frase è importante, perché se resta qui, negli ospedali di rete, negli ospedali di polo le funzioni di urgenza chirurgica non vengono garantite. Quindi la questione non è irrilevante e io chiedo la votazione per appello nominale a nome anche dei consiglieri Giannotti e Trenta.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Ricci.

ANDREA RICCI. Forse sarebbe il caso di fare un ragionamento complessivo su tutto il pacchetto di emendamenti, però mi pare che la scelta non è questa, anche se credo che sarebbe meglio, anche allungando i tempi di intervento di ciascuno di noi, ragionare complessivamente, altrimenti diventa difficile, in parte. Se questa proposta non viene accolta, ragioniamo emendamento per emendamento.

Credo che per le attività di urgenza, in modo particolare per quelle chirurgiche di urgenza e di emergenza, a tutela della salute dei cittadini è necessario che queste attività si svolgano in strutture ospedaliere che abbiano tutti i requisiti e tutte le competenze per affrontare situazioni di urgenza e di emergenza, altrimenti si mette a rischio la vita dei cittadini. E' molto più importante salvaguardare effettivamente la vita dei cittadini rispetto al problema della distanza dalla sede ospedaliera dal luogo di residenza. Pertanto pensare di fare interventi chirurgici complessi di urgenza ed emergenza in strutture ospedaliere che non dispongono di reparti di rianimazione, credo che sia un rischio effettivo alla salvaguardia della sicurezza vitale dei cittadini. Su questo tema non può prevalere uno spirito localistico, bisogna assicurare ai cittadini la piena garanzia di prestazioni

chirurgiche, complesse, di emergenza-urgenza adeguate.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Novelli.

SERGIO NOVELLI. Voto a favore dell'emendamento, perché ha ragione il presidente Ricci, il problema riguarda tutta una filosofia di impostazione nei confronti degli ospedali di polo. Già dagli emendamenti precedenti si è capito che l'orientamento è di sopprimere in modo surrettizio gli ospedali di polo senza dichiararlo, ma con una progressiva asfissia che già si è vista in passato per piccoli ospedali e che ora investe strutture medie. La riflessione del presidente della Commissione, a mente della quale era rischioso sottoporre i cittadini a trattamenti terapeutici chirurgici complessi è giusta, ma la difesa contro questo rischio è garantire la presenza di strutture di trattamento intensivo e rianimazione. L'affermazione che si evincerebbe da quanto sostenuto, porterebbe a dire che con la massima sicurezza si può curare soltanto nel migliore ospedale. Questa è una scelta che pone dei problemi, perché anche la questione delle distanze talvolta può comportare il rischio della perdita di una vita, perché anche i tempi di intervento sono un elemento importante. E' ovvio che gli interventi pianificati di alta chirurgia non verranno fatti negli ospedali di polo, tuttavia la scelta di non dotare gli ospedali non primari dei servizi minimi, porta alla soppressione. Non si scrive "soppressione", ma quando un ospedale perde gli standards per essere tale, è soppresso nei fatti.

Quindi votiamo a favore di questo emendamento.

PRESIDENTE. Prego di procedere alla votazione per appello nominale.

GABRIELE MARTONI, *Consigliere segretario*. Procedo alla chiama:

Amagliani	assente
Amati	no
Ascoli	no
Avenali	no
Benatti	no
Brini	assente

Castelli	sì
Cecchini	sì
Ceroni	sì
Cesaroni	assente
Cicciole	assente
D'Ambrosio	no
D'Angelo	no
Donati	no
Favia	assente
Franceschetti	no
Gaspero	sì
Giannotti	sì
Grandinetti	assente
Luchetti	no
Martoni	no
Massi Gentiloni Silveri	sì
Melappioni	no
Minardi	no
Modesti	no
Mollaroli	no
Moruzzi	no
Novelli	sì
Pistarelli	sì
Procaccini	no
Ricci	no
Rocchi	no
Romagnoli	sì
Secchiaroli	no
Silenzi	no
Spacca	no
Tontini	no
Trenta	sì
Viventi	assente
Agostini	no

*Il Consiglio non approva*

PRESIDENTE. Emendamento n. 283. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 284. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 285. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*



Emendamento n. 286. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 287. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 287 bis. Ha la parola il consigliere Ricci.

ANDREA RICCI. Questo emendamento è complementare all'emendamento 316 bis, nel senso che la scelta effettuata dalla Commissione, anche per rendere più lineare e chiaro il discorso sugli ospedali di polo, è stata quella di eliminare la parte quinta che riguarda la riqualificazione delle attività chirurgiche e che nel testo presente si riferiva esclusivamente agli ospedali di polo e di unificare questa parte al punto successivo riguardante la riqualificazione dei poli ospedalieri. Quindi l'eliminazione di questa parte è sostanzialmente complementare all'emendamento 316 bis.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio approva*

Decadono gli emendamenti fino al 303. L'emendamento n. 304 viene ritirato. Emendamento n. 304 bis. Ha la parola il consigliere Ricci.

ANDREA RICCI. Questo emendamento serve per recuperare un concetto che era presente nel punto 5 e che non riguarda soltanto gli ospedali di polo, che viene recuperato in questo punto. Il concetto è quello di definire l'obiettivo di posizionare la nostra Regione entro le prime cinque per quanto riguarda l'utilizzo in regime di ricovero di day-surgery, quindi si riprende un concetto che era presente nel punto 5 eliminato, che non riguarda solo gli ospedali di polo ma l'intero sistema ospedaliero e lo si colloca in questa parte.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Pistarelli.

FABIO PISTARELLI. Chiedo alla presidenza che sovrintende ai nostri lavori, ma all'intera aula, di fare un minimo di ordine ai lavori, perché lavoriamo meglio e capiamo quello che stiamo facendo. Ritengo che da parte di tutti ci debba essere questo tipo di approccio, altrimenti non usciamo bene da questa vicenda.

Mi pare che la questione degli ospedali stia entrando nel vivo e che ci possano essere le condizioni per fare una discussione generale forte, seria, sostanziale su queste questioni nel loro complesso intese e giungere perciò alla definizione del 316 bis, che è l'emendamento della Commissione che riguarda i poli ospedalieri, con un certo tipo di ordine e anche di significato sostanziale dei nostri lavori. Se siamo d'accordo, ritengo che tutti i consiglieri possano discutere ora, da questo momento, della questione in maniera sostanziale e giungere alle votazioni, emendamento per emendamento con la chiarezza di intenti e di impostazioni. Significa che i ragionamenti sono fatti ora, in questo momento, poi sugli emendamenti potremo andare a votare sapendo di che cosa si parla, altrimenti sembra che andiamo avanti per forza di inerzia. Questa questione di iniziare a parlare del day-surgery che anticipa un po' il problema dei poli e soprattutto le funzioni chirurgiche, se letta in questa maniera ci permette di proseguire in un ordine non solo dei lavori, ma anche mentale, in grado di capire e garantire tutti nel voto che deve essere il più possibile mirato, serio e inequivoco, perché stiamo parlando di futuro di certe strutture, oppure di impossibilità di garantire un futuro di certe strutture.

Noi, per esempio non siamo d'accordo con questa impostazione così secca, perché è vero che dobbiamo arrivare a funzioni di day-surgery alte per quanto riguarda il livello, ma dobbiamo prima di tutto capire dove, come e con chi. Questa delega in bianco non la voglio dare, quindi sull'emendamento ho le mie perplessità e i miei dubbi.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Ceroni.

REMIGIO CERONI. A me è sembrato di vedere che la Giunta non ha le idee chiare. A

partire da questo punto c'era una proposta inserita nel piano originario. In Commissione abbiamo perso mezza giornata e siamo arrivati all'emendamento al punto 5 che abbiamo soppresso, questa mattina ce n'era un altro ancora. Penso sia il caso che l'assessore si alzi e ci dica "rispetto agli ospedali di polo voglio fare questo e questo, rispetto agli ospedali di rete voglio fare questo e questo" e così via. Tutte queste riscritture ci hanno creato una certa confusione. Poi c'è un altro emendamento che riguarda l'ospedale di Pergola. L'assessore ci dica con chiarezza quali funzioni vuole assegnare agli ospedali di polo.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Giannotti.

ROBERTO GIANNOTTI. Mi sono "fatto prendere in castagna" dal capogruppo della Margherita. Era avviata la discussione per parlare complessivamente degli emendamenti e alla fine viene fuori che avete ritentato... Tontini, non è una stupidaggine. Capisco che questo emendamento ti toglie una castagna dal fuoco, ho capito che ti vergognavi di votare gli emendamenti specifici che c'erano rispetto ai 5 giorni, alla chirurgia programmata, al day-surgery perché era una scelta comunque pesante. Qui è la stessa operazione che avete fatto per la manovra finanziaria, quando in cinque minuti, nella "confusione" del Consiglio regionale siete riusciti a bruciare 2.000 emendamenti. Qui avete bruciato, con un emendamento presentato un po' prima per la verità, tutta la partita. La scelta che viene fatta è la scelta della morte dei piccoli ospedali della regione. Dovete rendervene conto. Poi si possono fare tante cose, si è trovata la soluzione per Amandola e Novafeltria...

PRESIDENTE. Stavamo discutendo su come procedere. Piuttosto che entrare nel merito di questo emendamento, conviene finire il giro su come procedere, poi riprenderete la parola sull'emendamento.

ROBERTO GIANNOTTI. Se vuole mi astengo dall'insistere rispetto a questa cosa, ma

mi sembrava pertinente entrare nel merito. Comunque, mi prenoto per il merito.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Ricci.

ANDREA RICCI. Vorrei un po' di attenzione, altrimenti perdiamo tempo. Tutti siamo ansiosi di arrivare a discutere della questione dei piccoli ospedali, però ci stiamo perdendo nei meandri di una discussione procedurale. La Commissione non ha presentato alcun emendamento-capestro, nel senso che la sua intenzione non era quella di far decadere gli emendamenti ma semplicemente di dare una diversa stesura al testo. La discussione sul 316 bis può complessivamente racchiudere la discussione sugli ospedali di polo. Già sono stati presentati dei subemendamenti che raccolgono praticamente tutti gli emendamenti decaduti, per cui la proposta che io faccio rispetto a quella del consigliere Pistarelli è: arriviamo finalmente a questo emendamento 316 bis e lì discutiamo quel pacchetto di emendamenti. Mi sembra la cosa più logica: tutti vogliamo arrivare a discutere, arriviamoci veramente.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Luchetti.

MARCO LUCHETTI. Articolerei in maniera precisa quello che il consigliere Pistarelli ha proposto. Credo che se ci intendiamo si può arrivare a una metodologia di lavoro, se tutti siamo d'accordo.

Direi di fare una discussione completa e pacata non a "pezzi e bocconi", ma cercando di argomentare adeguatamente sulle questioni che attengono gli ospedali di polo e, complessivamente, la rete ospedaliera, perché parlare degli ospedali di polo così come il piano propone e non parlare anche della rete ospedaliera, secondo me è un discorso non completo. Se riusciamo a trovare un emendamento adeguato, ad esempio quello che Ricci diceva in questo momento, direi di iniziare un dibattito su tutte le questioni attinenti la rete ospedaliera e comprendiamo tutti gli emendamenti che arrivano fino al 380, perché lì finiscono i subemendamenti che si sono proposti nel meri-

to della questione, fatta una discussione generale si procede alla mera approvazione degli emendamenti fino al 380. Credo che questa sia una proposta di agibilità per tutti, in modo tale che ciascuno interviene in maniera compiuta, altrimenti ognuno è costretto a intervenire su uno spezzone e secondo me è una discussione monca, anche perché potrebbe non esprimere quello che effettivamente si vuole esprimere dal punto di vista politico.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Giannotti.

ROBERTO GIANNOTTI. Discutiamo normalmente di tutto, secondo le procedure previste dal regolamento, senza sconti a nessuno, quindi si va con ordine uno alla volta, si parla, si discute, si chiede il voto per appello nominale e basta.

PRESIDENTE. Pertanto la minoranza non concorda sulla proposta fatta dal consigliere Pistarelli.

Emendamento n. 304 bis. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio approva*

Emendamento n. 306. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 307. Ha la parola il consigliere Cecchini.

CRISTINA CECCHINI. E' un emendamento che spiega come andiamo alla riduzione del 4 per mille dei posti letto. Il testo dice che i posti letto regionali vengono ripartiti dopo che si sono tolti i posti di rilevanza regionale e i posti di rilevanza regionale sono i 30 di ematologia di Pesaro, poi sono descritti i 428 posti concentrati ad Ancona ma di rilievo regionale. La questione è che poi la ripartizione successiva non è uguale per province, quindi il 4 per mille, tolti i posti letto regionali diventa il 3,42 per Pesaro, il 3,75 per Ancona, il 3,77 per Macerata e il 3,62 per Ascoli, una differenza di molti

posti. Il calcolo per Pesaro è 135 posti in meno di quelli cui avrebbe diritto se la percentuale fosse quella che io indico, cioè la somma di 5.404 diviso quattro province, perché si andrebbe a 1.178. Mentre capisco che sono di tutti i posti regionali — che poi siano tutti concentrati ad Ancona è un fatto logistico, per come si è determinata la sanità nel territorio delle Marche — ma perché dividere in percentuali diverse, tenuto conto degli abitanti? Perché le percentuali sono diverse?

Chiedo la votazione per appello nominale, a nome anche dei consiglieri Castelli e Gasperi.

PRESIDENTE. Prego di procedere alla votazione per appello nominale.

GABRIELE MARTONI, *Consigliere segretario*. Procedo alla chiama:

Agostini	no
Amagliani	assente
Amati	assente
Ascoli	no
Avenali	no
Benatti	no
Brini	assente
Castelli	sì
Cecchini	sì
Ceroni	sì
Cesaroni	assente
Ciccioli	assente
D'Ambrosio	no
D'Angelo	no
Donati	no
Favia	sì
Franceschetti	no
Giannotti	sì
Gasperi	sì
Grandinetti	assente
Luchetti	no
Martoni	no
Massi Gentiloni Silveri	sì
Melappioni	no
Minardi	no
Modesti	no
Mollaroli	no
Moruzzi	no
Novelli	sì
Pistarelli	sì

Procaccini	no
Ricci	no
Rocchi	assente
Romagnoli	sì
Secchiaroli	no
Silenzi	no
Spacca	no
Tontini	no
Trenta	sì
Viventi	assente

*Il Consiglio non approva*

PRESIDENTE. Emendamento n. 309.  
Ha la parola il consigliere Favia.

DAVID FAVIA. Come noto il pronto soccorso dell'Umberto I che serviva il centro di Ancona anche contemporaneamente ad un'accezzazione medica, un pronto soccorso presso l'ospedale di Torrette è stato soppresso. Questa soppressione ha causato grossi problemi all'utenza del centro di Ancona, soprattutto per la distanza e la difficoltà di raggiungere il pronto soccorso di Torrette e per la evidente difficoltà di gestione che c'è al pronto soccorso di Torrette, con tutte le discrasie e le disgrazie ben note, accadute ultimamente. Poiché questo piano sanitario prevede un'implementazione dell'accezzazione medica presso l'Inrca e prevede che sia quasi una succursale del pronto soccorso di Torrette, finalizzata alle emergenze geriatriche, credo che sarebbe opportuno ripristinare un servizio a favore del centro di Ancona che è stato completamente penalizzato. Quindi crediamo assolutamente opportuno trasformare questa accezzazione medica geriatrica in un vero e proprio pronto soccorso.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Novelli.

SERGIO NOVELLI. Credo che una riflessione sul rapporto fra sanità regionale e Inrca debba essere fatta con un po' più di attenzione.

Questo emendamento pone un aspetto importante, cioè l'inserimento della struttura dell'Inrca nell'ambito dell'accezzazione. Il fatto che la città di Ancona non abbia un pronto soccorso — per la verità non ha neanche un

ospedali di rete, perché l'ospedale di Torrette è regionale — è una questione grave e già posta, però mi sembra che sia strano che l'Amministrazione regionale non si ponga il problema dell'accreditabilità, per il servizio sanitario, del locale dell'ospedale dell'Inrca. E' una questione che ho sollevato anche alla procura della Corte dei conti. Come ognuno sa, l'Inrca ha uno stanziamento per la "legge Marche-Friuli", transitato attraverso questa Regione, per l'indennizzo dei danni subiti dalla precedente sede dell'ospedale geriatrico disastata dall'evento franoso del 1982. Questa somma è ovviamente finalizzata per scopo e destinazione, alla creazione, al ripristino o all'adeguamento strutturale di un complesso ospedaliero nel territorio della regione Marche. Ci sono notizie e anche documentazione, che le somme destinate da una legge dello Stato per il ripristino della struttura, sono sostanzialmente, presso il medesimo istituto che gestisce gli stipendi — Banca delle Marche — in parte impiegate per questo debito. Vorrei sapere se l'Amministrazione in sede di piano si è posta il problema dell'accreditamento delle strutture e dell'impiego di quelle somme che la legge dello Stato aveva destinato alle Marche. E' chiaro che se ci vengono pagati gli stipendi dei 13 ospedali che l'Inrca ha in Piemonte, in Sardegna e in Calabria, la sanità marchigiana perde risorse e fa affidamento su una struttura che allo stato non è accreditabile.

DAVID FAVIA. Chiedo la votazione per appello nominale a nome anche dei consiglieri Novelli e Ceroni.

PRESIDENTE. Prego di procedere alla votazione per appello nominale.

GABRIELE MARTONI, *Consigliere segretario*. Procedo alla chiama:

Agostini	no
Amagliani	assente
Amati	no
Ascoli	no
Avenali	no
Benatti	no
Brini	assente
Castelli	sì

VII LEGISLATURA — SEDUTA N. 143 DEL 25 GIUGNO 2003

Cecchini	sì
Ceroni	sì
Cesaroni	assente
Ciccioli	assente
D'Ambrosio	no
D'Angelo	no
Donati	no
Favia	sì
Franceschetti	no
Gasperi	sì
Giannotti	sì
Grandinetti	assente
Luchetti	no
Martoni	no
Massi Gentiloni Silveri	sì
Melappppioni	no
Minardi	no
Modesti	no
Mollaroli	no
Moruzzi	no
Novelli	sì
Pistarelli	sì
Procaccini	no
Ricci	no
Rocchi	assente
Romagnoli	sì
Secchiaroli	no
Silenzi	no
Spacca	no
Tontini	no
Trenta	sì
Viventi	assente

*Il Consiglio non approva*

PRESIDENTE. Emendamento n. 310.  
Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Subemendamento n. 0311. Ha la parola il consigliere Favia.

DAVID FAVIA. Come ho avuto modo di accennare nell'intervento fatto poc'anzi, gli enormi problemi che ha comportato per il centro di Ancona lo spostamento del pronto soccorso di piazza Cappelli dell'Umberto I, richiedono l'istituzione di un posto di accettazione d'urgenza diverso da Torrette. Se anche non si

voglia qualificare come pronto soccorso l'accettazione medica dell'Inrca, sarebbe opportuno che quelle esigenze controllabili, che non necessitano di una struttura attrezzata ma disorganizzata, purtroppo, come il pronto soccorso di Torrette, vengano ovviate all'Inrca. Quindi, questo emendamento richiede che per le urgenze del centro di Ancona delle zone limitrofe all'Inrca, qualora, a giudizio del medico, a bordo del 118 o di chi deve prendere queste decisioni ciò sia possibile, le urgenze vengano avviate presso l'accettazione dell'Inrca.

Chiedo la votazione per appello nominale a nome anche dei consiglieri Ceroni e Novelli, o Massi.

PRESIDENTE. Prego di procedere alla votazione per appello nominale.

GABRIELE MARTONI, *Consigliere segretario*. Procedo alla chiama:

Amagliani	assente
Amati	no
Ascoli	no
Avenali	no
Benatti	no
Brini	assente
Castelli	sì
Cecchini	sì
Ceroni	sì
Cesaroni	assente
Ciccioli	assente
D'Ambrosio	no
D'Angelo	no
Donati	no
Favia	sì
Franceschetti	no
Gasperi	sì
Giannotti	assente
Grandinetti	assente
Luchetti	no
Martoni	no
Massi Gentiloni Silveri	sì
Melappioni	no
Minardi	no
Modesti	no
Mollaroli	no
Moruzzi	no
Novelli	sì
Pistarelli	sì

VII LEGISLATURA — SEDUTA N. 143 DEL 25 GIUGNO 2003

Procaccini	no
Ricci	no
Rocchi	assente
Romagnoli	sì
Secchiaroli	no
Silenzi	no
Spacca	no
Tontini	no
Trenta	sì
Viventi	assente
Agostini	no

*Il Consiglio non approva*

PRESIDENTE. Emendamento n. 311.  
Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 312. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 313. E' stata chiesta la votazione per appello nominale a nome dei consiglieri Favia, Ceroni e Castelli.

GABRIELE MARTONI, *Consigliere segretario*. Procedo alla chiama:

Amagliani	assente
Amati	no
Ascoli	no
Avenali	no
Benatti	no
Brini	assente
Castelli	sì
Cecchini	sì
Ceroni	sì
Cesaroni	assente
Ciccioli	sì
D'Ambrosio	no
D'Angelo	no
Donati	no
Favia	sì
Franceschetti	no
Gasperi	sì
Giannotti	sì
Grandinetti	assente
Luchetti	no

Martoni	no
Massi Gentiloni Silveri	sì
Melappioni	no
Minardi	no
Modesti	no
Mollaroli	no
Moruzzi	assente
Novelli	sì
Pistarelli	sì
Procaccini	no
Ricci	no
Rocchi	assente
Romagnoli	sì
Secchiaroli	no
Silenzi	no
Spacca	no
Tontini	no
Trenta	assente
Viventi	assente
Agostini	assente

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 314. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 315. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 316. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Siamo all'emendamento 316 bis. Il consigliere Pistarelli ha fatto una proposta virtuosa, per riunificare la discussione. Visto che non è stato possibile farlo complessivamente, facciamolo almeno sul 316 bis. Discutiamo quindi su un'unica soluzione e votiamo distintamente gli emendamenti.

Ha la parola il consigliere Pistarelli.

FABIO PISTARELLI. Ribadisco il concetto che ho espresso prima: il 316 bis contiene tutta una serie di emendamenti comunque relativi a questo testo. Dico che gli emendamenti

possono essere trattati nella discussione complessiva e generale, dando libertà a tutta l'aula di discutere senza limitazioni. Sugli emendamenti in sé la discussione potrà non esserci, quindi passare direttamente al voto, anche per appello nominale su qualche aspetto importante. Ritengo che la discussione possa essere svolta in questa maniera, se però il gruppo di Forza Italia vuol discutere specificamente su qualche emendamento, io non parlo a nome di tutti ma faccio una proposta che riguarda il nostro gruppo, circa l'accorpamento di tutti gli emendamenti.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Giannotti.

ROBERTO GIANNOTTI. Se la seduta di oggi si conclude con l'esame del 316 non abbiamo problemi ad autoregolarci; se dobbiamo autoregolarci e in più andare avanti fin quando vi fa comodo no, allora si discute secondo regolamento, quindi si illustra e si parla su ogni subemendamento e su ogni emendamento.

PRESIDENTE. C'è una proposta intermedia: facciamo questa discussione, dopodiché faremo il punto della situazione.

Subemendamento 316 bis/1. Ha la parola il consigliere Pistarelli.

FABIO PISTARELLI. L'espressione "ed organizzativa" al secondo capoverso, cioè la parte più delicata di questo emendamento complessivo licenziato dalla Commissione, è fondamentale nel quadro e nella logica che la Commissione a maggioranza ha voluto introdurre con questo emendamento. Infatti dire "funzioni chirurgiche nei poli, che dovranno anzitutto essere sviluppate nella logica di integrazione professionale ed organizzativa delle équipes chirurgiche centrali", significa che si perde la specificità della funzione nel polo ospedaliero, si entra in una logica complessiva, il polo è residuale già con questa espressione, perché diventa un addentellato dei tanti che sono riassumibili nella unità operativa che è quella riconosciuta a livello di rete ma che non è riconosciuta a livello di altre strutture. Questo

significa "organizzativa". Ecco perché noi chiediamo di sopprimere questa espressione che individua assolutamente un percorso preciso e chiaro, che ha nome e cognome, cioè soppressione della funzionalità, dell'autonomia del polo.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Cecchini.

CRISTINA CECCHINI. Questo subemendamento sostanzialmente fa intendere qual è la funzione che la Giunta e la Commissione vogliono dare agli ospedali di polo. Rispetto agli ospedali di rete e alle aziende ospedaliere che svolgono funzioni chirurgiche, negli ospedali di polo si lavora solo con chirurgia programmata, nella migliore delle ipotesi, a condizione che l'équipe sia funzionale all'équipe degli ospedali di rete. Di conseguenza, con il combinato disposto che le urgenze negli ospedali di polo non ci sono, il risultato è pressoché: chirurgia programmata funzionale agli ospedali di rete. Quindi la filosofia diventa ben chiara già da questo primo subemendamento.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Castelli.

GUIDO CASTELLI. Credo che il consigliere Cecchini abbia ragione nel sostenere che questo aggettivo, in realtà dissimula una precisa scelta politico-organizzativa, perché quando l'integrazione è professionale rimanda a una sinergia che può essere svolta sotto il profilo della logica medica, della valutazione che è rispettosa della deontologia e della scelta medica e che può preludere a un rapporto combinato e proficuo caso per caso. Quando invece si parla di integrazione organizzativa credo che altra considerazione non sia possibile, se non quella che, anche in riferimento a questa espressione, ci fa ritenere che questo emendamento altro non sia che una sostanziale cancellazione della funzione chirurgica piena e completa in capo agli ospedali di polo. Ripeto, all'interno di una filosofia del piano che già nasconde e dissimula, probabilmente, una delega in bianco a coloro i quali, poi, dovranno gestire il piano

stesso, questo aggettivo pesa come piombo e va ad evidenziare la reale volontà di marginalizzazione iniziale, ma poi progressiva, della funzione chirurgica nell'ospedale di polo e quindi chiedo che vi sia la più ampia disponibilità di questa maggioranza a provare il contrario.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Giannotti.

ROBERTO GIANNOTTI. Credo che l'emendamento del presidente della Commissione, se voleva da una parte essere un tentativo di affossare il dibattito, credo dia invece respiro e possibilità ai consiglieri di prendere atto della filosofia che sta dietro questo piano sanitario, dietro le scelte relative ai presidi. Basta leggere il primo capoverso di questo emendamento per rendersi conto di quale sia la destinazione assegnata agli ospedali di polo, in un processo, si dice, di riqualificazione. Questa struttura dovrà svolgere funzioni più appropriate nel campo della medicina generale e della lungodegenza insieme, sulla funzione chirurgica di medio-bassa complessità, cioè su niente: credo che nemmeno le colecisti, nemmeno le ernie saranno approfondite. Sostanzialmente questo piano certifica la morte degli ospedali minori delle Marche, degli ospedali delle zone montane, degli ospedali delle zone disagiate. (*Interruzione*). Sirchia, come Baldassarri, in questo campo specifico può limitarsi a fare dei proclami, perché non ha competenza. Il presidente della Comunità montana del Montefeltro, noto diessino che ha "bivaccato" in Consiglio regionale da cinque giorni per vedersi approvata la sperimentazione selvaggia nel suo ospedale, tutte le volte che c'è un'assemblea popolare viene a dirci "la colpa è di Sirchia". Non è vero. Se c'è una cosa che tutti hanno evidente, è che la responsabilità piena nel campo della programmazione sanitaria e ospedaliera è nostra e la stiamo esercitando, così male, che oggi poniamo fine, con questo atto, all'esperienza dei piccoli ospedali della montagna e dell'interno venendo meno al rispetto di un diritto. La salute è un diritto di tutti i cittadini, non è un optional, di questo dovete tener conto, consiglieri della maggioranza e Ds in particolare.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Ciccioli.

CARLO CICCIOI. In genere le parole hanno un peso. Ve le leggo staccate dal contesto, così si possono giudicare meglio: "Inadeguatezza struttura e organizzativa, accogliere l'attività permanente, impossibilità a garantire, percorsi dedicati, esplicita casistica...". Sono tutte cose che, se fossi il Presidente D'Ambrosio magistrato, scriverei "i medesimi, in concorso fra loro, nello stesso disegno criminoso finalizzato alla commissione dei reati ascritti".

C'è una tendenza a convergenze a realizzare un disegno criminoso, questo è un dato. Che poi il disegno criminoso sia occultato, come è pratica di tutte le associazioni criminose, è la stessa cosa, ma qui mi sembra che sia chiaramente delineato il disegno criminoso e la sostanziale pertinenza dei reati ascritti.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Modesti.

CATALDO MODESTI. Prendo la parola su questo emendamento, per poi non prenderla più su tutta questa partita dei piccoli ospedali, perché credo che bisogna uscire da alcuni giochi comuni, da alcune drammatizzazioni e aspetti demagogici, di Giannotti in particolare, ma degli emendamenti del Polo. Il luogo comune, che Giannotti ci ha ripetuto quattro volte, è che questa maggioranza e questa Giunta hanno l'obiettivo di chiudere tutti gli ospedali di polo. Bisogna ricordare a tutti noi che in realtà negli anni lontani le vecchie Giunte di allora nella nostra regione hanno veramente chiuso numerosissimi ospedali, senza mettere alcun altro servizio alternativo, e possiamo fare una lunghissima lista. Negli ultimi otto anni di Giunte di centro-sinistra presiedute dal presidente D'Ambrosio non è stato chiuso nemmeno un ospedale, ne è stato riconvertito uno, quello di Matelica, e sarà ora di farci anche una riflessione, come indicazione per quello che riguarda il destino anche degli altri ospedali di polo per capire se le trasformazioni avvenute in quella realtà vanno favorite, ostacolate o ci vuole un ritorno indietro. Io non la penso così, ritengo che quelle sperimentazioni vadano in-



coraggiate e che quella esperienza ci insegna che, al di là delle misere polemiche di paese, le volgari strumentalizzazioni, alla fine i risultati diranno che dal punto di vista dell'ottica sanitaria e dell'interesse del singolo cittadino la situazione è probabilmente migliorata.

Quindi, in otto anni le Giunte di centro-sinistra nelle Marche non hanno ancora chiuso nessun ospedale, anzi ricorderemo le battaglie fatte dalla Giunta D'Ambrosio contro ministri — Guzzanti, se non ricordo male — che avevano fatto degli ospedali sotto i 120 posti letto un feticcio e ricordo le resistenze della Giunta contro le minacce di commissariamento del ministro Guzzanti — Governo Berlusconi prima e Governo Dini poi — che volevano obbligare, per decreto, minacciando di sostituirsi al ritardo della Giunta regionale perché volevano chiudere tutti gli ospedali sotto i 120 posti letto. Non stiamo parlando della preistoria, stiamo parlando di 6-7 anni fa.

Questo è l'indirizzo chiaro che è stato perseguito, di tutelare, difendere gli ospedali minori. (*Interruzione*). Il ministro, se non ricordo era lo stesso, Governo Berlusconi e Governo di transizione presieduto da Dini. La certezza è che con la Giunta D'Ambrosio 1995-2000 il ministro che citavo minacciava di commissariare perché la Regione non chiudeva gli ospedali sotto i 120 posti letto.

Quindi, storicamente la Giunta ha sempre cercato di tutelare e difendere le zone interne.

E' anche altrettanto ovvio che i mutamenti che ci sono stati e che ci sono impongono una razionalizzazione, una modifica della realtà esistente. L'equivoco di fondo nasce dal fatto che questa operazione viene fatto credere che avvenga esclusivamente o prevalentemente per motivi di carattere finanziario, ma così non è. Se fosse così sarebbe un errore, ma io sono convinto che l'obiettivo di andare a una razionalizzazione degli ospedali di polo non nasce prevalentemente da esigenze di bilancio e di cassa, ma da esigenze legate a garantire servizi di migliore qualità e garantire la salute e la sicurezza dei cittadini.

In termini positivi c'è l'emendamento licenziato dalla Commissione, che dimostrerà, in positivo, che non c'è alcuna volontà di pena-

lizzare o discriminare le zone interne, tutt'altro: nell'ambito delle compatibilità esistenti, che sono molteplici, c'è l'ulteriore sforzo di garantire quella continuità politica di impegno del centro-sinistra per tutelare le zone interne.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Ricci.

ANDREA RICCI. Il capogruppo di Forza Italia non ha accolto la proposta sensata di una discussione unitaria sulla questione degli ospedali di polo, io quella proposta la applico unilateralmente, per cui in questo intervento illustrerò l'emendamento 316 bis presentato dalla Commissione ed esprimerò, su alcuni aspetti, il parere del gruppo di Rifondazione comunista, perché mi pare sensato svolgere la discussione in questo modo, altrimenti la spezzettiamo in una miriade di interventi e alla fine nessuno di noi ha l'opportunità di sviluppare veramente un discorso organico. Non so a chi serva questo modo di organizzare la discussione, in ogni caso non serve a dare una struttura logica a questo confronto.

Questo piano sanitario regionale non prevede la chiusura di alcun ospedale di polo. Questa è una menzogna che va sfatata definitivamente: nessun ospedale di polo verrà soppresso o chiuso, tutti gli ospedali di polo attualmente esistenti verranno conservati nell'ambito di funzioni di acuzie, quindi manterranno funzioni ospedaliere.

In modo particolare la prima parte dell'emendamento 316 bis chiarisce in maniera netta quali funzioni per acuti gli ospedali di polo manterranno. Rimarranno negli ospedali di polo le medicine generali e le lungodegenze, le funzioni chirurgiche di medio-bassa complessità nei diversi regimi assistenziali, rimarranno o saranno attivate le funzioni di riabilitazione anche ospedaliera, saranno dotati di Potes e inoltre, accanto a queste funzioni per acuti, gli ospedali di polo svolgeranno anche funzioni di interfaccia con la sanità territoriale, quindi avranno funzioni di residenzialità sanitaria, di semiresidenzialità, di ospedale di comunità attraverso una gestione coordinata e integrata dei medici di medicina generale, le funzioni di poliambulatorio specialistico, in modo da ga-

rantire i servizi diagnostici e specialistici e tutte le altre funzioni distrettuali. Le competenze degli ospedali di polo così come elencate sono rilevanti e debbono essere perseguite anche attraverso una riconversione, ristrutturazione rispetto alle funzioni attualmente svolte.

Se si perseguirà con coerenza questo modello indicato nel piano sanitario regionale, gli ospedali di polo, in modo particolare gli ospedali del territorio montani, avranno una funzione importante ed essenziale nell'ambito della rete ospedaliera marchigiana e saranno in grado di assicurare ai cittadini di quelle zone, di quei territori l'assistenza sanitaria e ospedaliera necessaria a soddisfare i loro bisogni di base.

La discussione si concentra — e non è un caso, anche alla luce degli emendamenti presentati — esclusivamente sulla funzione chirurgica; è soltanto questo il punto di contestazione che viene avanzato dall'opposizione in questo Consiglio regionale, il che implicitamente vuol dire che le altre funzioni rimangono e sono potenziate. Nessuno contesta che le altre funzioni per acuti rimangano e siano potenziate. Questo è un primo dato di fatto e oggettivo.

Qual è il modello che si delinea nel piano sanitario regionale sulle funzioni chirurgiche? L'idea è quella di una integrazione dei vari livelli di funzione chirurgica esistenti, una integrazione tra gli ospedali di rete e le aziende ospedaliera da un lato e gli ospedali di polo dall'altro, perché bisogna superare un modello, come è in larga parte quello attuale, in cui ospedali di varia complessità e di vario livello svolgano sostanzialmente o prevalentemente funzioni di tipo chirurgico analoghe. Bisogna creare un sistema integrato in cui vi sia una differenziazione delle funzioni di tipo chirurgico. Oggi sappiamo che una larga parte di prestazioni chirurgiche possono essere svolte con un regime di day-surgery e di chirurgia programmata. Le statistiche e gli obiettivi nazionali e internazionali, in questo campo ci dicono che ben oltre la metà degli interventi chirurgici possono essere eseguiti nel migliore dei modi, attraverso questi regimi assistenziali, cioè day-surgery e chirurgia programmata. Nella nostra regione ancora non è così perché non abbiamo un sistema integrato, non abbiamo attivato questo tipo di offerta, bisogna attivarla e la sede in

cui attivarla viene individuata non esclusivamente ma prevalentemente nelle chirurgie degli ospedali di polo. In questo modo le chirurgie degli ospedali di polo acquisiscono una propria identità specifica, cosa che ancora oggi non hanno, vanno a coprire un buco nell'attuale offerta chirurgica, quindi questa è la migliore garanzia per il mantenimento delle funzioni chirurgiche negli ospedali di polo. Le chirurgie degli ospedali di polo dovranno essere complementari e integrate rispetto a quelle degli ospedali di rete e dovranno svolgere queste funzioni, prevalentemente: day-surgery da un lato, chirurgia programmata dall'altro. Le prestazioni di questo tipo dovranno essere prioritariamente offerte negli ospedali di polo: questa sarà la funzione delle chirurgie degli ospedali di polo. Non quindi una funzione generica e omnicomprensiva, che alla fine dequalifica le chirurgie degli ospedali di polo, perché evidentemente, per gli interventi di medio-alta complessità, mai e poi mai le chirurgie dei poli ospedalieri potranno garantire quelle condizioni di sicurezza che garantiscono gli ospedali di rete. Questa è una verità che sappiamo tutti. Quindi bisogna dare alle chirurgie degli ospedali di polo la loro identità specifica, il loro ruolo definito, chiaro, altrimenti è inevitabile un progressivo deperimento delle funzioni chirurgiche in questi ospedali. La funzione che il piano individua è quella che dicevo e riguarda una fetta amplissima di prestazioni chirurgiche effettive e potenziali, che possono essere svolte.

Rispetto a questa logica, di sistema, che qualifica gli ospedali di polo, nella proposta di emendamento vengono delineati i criteri attraverso cui differenziare i vari regimi chirurgici, nel senso che vengono definiti i criteri attraverso cui le zone e le conferenze dei sindaci a livello territoriale, entro quattro mesi dall'approvazione del piano dovranno avanzare alla Regione la proposta definitiva. Questi criteri serviranno alle comunità locali per individuare quale tipo di regime chirurgico dovrà essere attivato in ogni singolo ospedale di polo.

Da questo punto di vista vi sono una serie di caratteristiche che dovranno essere corrisposte. Le caratteristiche per l'attivazione dei vari livelli assistenziali di tipo chirurgico riguarda-

no l'adeguatezza strutturale e organizzativa della sede dell'ospedale di polo dove dovrà essere attivata questa funzione, perché è evidente che per svolgere la funzione chirurgica occorre che dal punto di vista strutturale l'ospedale di polo sia attrezzato per svolgerla. E' un criterio di per sé evidente e incontestabile.

La seconda riguarda l'inadeguatezza strutturale e organizzativa degli ospedali di rete ad accogliere tutta l'attività chirurgica pertinente del proprio bacino d'utenza e in modo specifico l'impossibilità a garantire percorsi dedicati all'attività chirurgia di medio-bassa complessità negli ospedali di rete.

E' la logica dell'integrazione. Non possiamo intasare gli ospedali di rete e fare di essi gli unici fornitori di prestazioni chirurgiche, perché in questo modo dequalificheremmo da un lato gli ospedali di rete che sarebbero soffocati rispetto a prestazioni che potrebbero essere svolte in un regime diverso e alternativo da quello da loro offerto e dall'altro annulleremmo la funzione degli ospedali di polo dal punto di vista chirurgico se li mettessimo in una concorrenza all pari con gli ospedali di rete, così come fino ad oggi in molti casi è avvenuto.

La terza caratteristica riguarda l'esplicita selezione della casistica minore ammessa al trattamento chirurgico nel polo periferico. Questo sarà un atto che non compiranno né le zone né l'Asur, ma lo compirà la Regione attraverso una delibera di Giunta regionale, sentita la Commissione consiliare competente, quindi verranno definite esattamente e in modo dettagliato le prestazioni di medio-bassa complessità di tipo chirurgico, che devono essere svolte negli ospedali di polo.

La quarta caratteristica riguarda la conversione-riqualificazione in corso in tutti gli altri poli della stessa zona territoriale, delle attività ospedaliere verso il modello indicato, perché comunque si intende mantenere questo livello di differenziazione chirurgica in ogni territorio, in ogni provincia delle Marche, perché è un discorso che riguarda il sistema dell'offerta chirurgica.

La quinta è quella che abbiamo già discusso e che riguarda l'invio delle emergenze chirurgiche negli ospedali di rete o aziende ospedaliere, perché gli interventi di emergen-

za-urgenza di tipo chirurgico debbono essere svolti nella struttura che è in grado di garantire, di far fronte all'emergenza e all'urgenza, altrimenti mettiamo a rischio la vita dei cittadini e bisogna avere un sistema di emergenza in grado, come dice la legge, in venti minuti, di portare il cittadino nella struttura ospedaliera pertinente.

Questo, se mai è il punto, non quello di far fare gli interventi di emergenza chirurgica negli ospedali di polo, perché questa è una dequalificazione della prestazione che viene offerta al cittadino.

Rispetto a queste caratteristiche si definiscono ulteriori criteri che serviranno alle conferenze dei sindaci e alle zone per arrivare alla proposta di differenziazione nei vari livelli e i livelli sono: day-surgery, chirurgia cinque giorni e chirurgia sette giorni. Si dice che i regimi assistenziali chirurgici dovranno essere differenziati fra i diversi poli che esistono su ciascun livello provinciale, cioè all'interno di ciascuna provincia gli ospedali di polo dovranno avere livelli, regimi assistenziali chirurgici differenziati, per il discorso di integrazione che dicevo prima. Questa differenziazione dovrà tenere conto della localizzazione nei territori montani e della distanza dall'ospedale di rete di riferimento regionale, per cui la chirurgia di sette giorni e quella continuativa, senza interruzioni, dovrà essere — questo è il criterio che il Consiglio regionale assegna ai territori — attivata in modo particolare rispetto alle sedi ospedaliere delle zone montane e quelle distanti dall'ospedale di rete.

Si definisce che cosa vuol dire "distanti dagli ospedali di rete": attraverso un criterio chilometrico migliore di quello precedentemente utilizzato riguardante i minuti, perché il criterio dei minuti è molto discrezionale, aleatorio, di difficile verifica, il criterio chilometrico è oggettivo. Quindi, da un lato localizzazione montana, dall'altro distanza superiore ai 30 chilometri dall'ospedale di rete di riferimento. Questi sono i due criteri che consentono alle chirurgie degli ospedali di polo di funzionare sette giorni su sette. Ulteriore garanzia viene data agli ospedali di Amandola e Novafeltria, laddove si afferma già nel piano, senza il passaggio successivo alla proposta territoriale e

alla successiva approvazione da parte del Consiglio regionale, che negli ospedali di Amandola e Novafeltria la funzione chirurgica viene mantenuta per l'intera settimana. Attraverso questo pacchetto il piano sanitario definisce un ruolo preciso agli ospedali di polo, ne garantisce non solo la sopravvivenza ma il loro potenziale sviluppo rispetto alla situazione attuale.

Una postilla, perché poi non interverrò più, rispetto alla posizione del gruppo di Rifondazione comunista su un punto di questo emendamento, quello che riguarda l'ultima frase, laddove si parla di sperimentazioni per specifiche caratterizzazioni delle funzioni residenziali delle acuzie e delle post-acuzie. Sappiamo che è in atto la definizione di un progetto specifico che riguarda l'ospedale di Sassocorvaro, di una sperimentazione prevista dal D. Lgs. 229, il "decreto Bindi" — e questo lo dico a chi nella legge di riordino faceva del 229 una bandiera avanzata; in realtà il 229 prevedeva anche questo — sperimentazione pubblico-privato. Il nostro partito è contrario a queste forme di sperimentazione a tutti i livelli, quindi non è contrario solo, come il centro-destra, per il caso di Sassocorvaro, mentre per tutti gli altri casi di questo pianeta è favorevole. Noi siamo contrari a questa forma di sperimentazione, quindi voteremo eventuali emendamenti soppressivi di questa parte.

**PRESIDENTE.** Il consigliere Ricci si è intrattenuto nel suo intervento per un periodo superiore ai 5 minuti perché ha parlato del 316 bis e non dell'emendamento 1, assumendo unilateralmente la decisione di intervenire solo su questo emendamento e non sui subemendamenti. Mi pare che questo sia un orientamento dei presidenti dei gruppi di minoranza per razionalizzare la discussione, per stare al cuore della discussione stessa, per poi votare in modo differenziato. Però, se la minoranza non vuol seguire questa linea è libera di farlo.

Ha la parola il consigliere Ceroni.

**REMIGIO CERONI.** Il vecchio piano prevedeva poli ospedalieri con funzioni di supporto agli ospedali di rete e alle attività distrettuali. C'era l'indicazione per ogni provincia, Pesaro

aveva gli ospedali di Novafeltria, Sassocorvaro, Cagli, Fossombrone e Pergola, Ancona aveva gli ospedali di Loreto, Chiaravalle e Sassoferrato, Macerata aveva Recanati, Tolentino, Matelica, Cingoli e Treia, Ascoli Piceno aveva Amandola, Montegranaro, Sant'Elpidio a Mare, Porto San Giorgio e Montegiorgio. "Tali presidi debbono sviluppare una duplice integrazione con gli ospedali di rete e con le funzioni assistenziali distrettuali. Lo sviluppo di siffatte direttrici integratorie deve risultare elemento trainante per la funzionalità dei presidi. Questo insieme di ospedali presenta una forte disomogeneità e per essi dovranno essere sviluppati progetti in grado, nella cornice complessiva delle due direttrici generali, di esaltare potenzialità e risorse in senso anche molto personalizzato e peculiare. I progetti dovranno in primo luogo evidenziare le integrazioni organizzative ed operative con la rete distrettuale, quindi le eventuali organizzazioni integrative ed operative con gli ospedali di rete, nel rispetto dei budget, dei posti letto e delle funzioni previste dal piano di area vasta. I progetti saranno sviluppati su iniziativa del direttore generale..." ecc. A distanza di quattro anni da questo piano, di questi ospedali solo alcuni restano in vita. Nel nuovo piano abbiamo Novafeltria, che insieme ad Amandola mantiene la chirurgia, Sassocorvaro per il quale è prevista la possibilità di attività di sperimentazione, per il resto c'è il prolungamento dell'agonia, cioè sono ospedali già agli ultimi tratti di vita, il piano non ha il coraggio di sopprimerli o trasformarli, rimangono in vita per una sorta di agonia. Un ospedale è tale se mantiene la chirurgia, perché gli ospedali con la semplice medicina servono solo come cronici. Quante sale chirurgiche in questi ospedali negli ultimi anni sono state aperte? Neppure una, quindi è evidente la volontà di soppressione. D'altra parte, anche voi nel nuovo piano, a pag. 110 dite che "per quanto attiene i poli ospedalieri è palese la loro difficoltà ad acquisire caratteristiche di complessità di veri ospedali per acuti", c'è una ammissione chiara della vostra volontà. Però io mi sarei aspettato un po' di coraggio e avrei voluto sentir dire "questo è l'ospedale, queste sono le funzioni che restano, questa è la nuova funzione alla

quale debbono assolvere”. Voi, tutto questo nel piano non l’avete scritto e, come fate sempre, avete evitato di far capire qual è la vostra posizione. Non dite allora che non si è chiuso alcun ospedale: restano in vita nominalmente, ma non sono più in grado di assolvere la loro funzione.

Porto San Giorgio è stato chiuso, forse perché lì c’era un’Amministrazione di centro-destra fino a poche settimane fa, quindi non è stato difficile decretarne la morte, ma per Montegranaro sarà così, per Montegiorgio sarà così, e sarà così per tutti gli altri ospedali che non vengono citati nel nuovo piano.

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

**CESARE PROCACCINI.** Interverrò una sola volta, in maniera breve, perché a me pare che la strumentalizzazione, in parte evitabile, da parte della Casa delle libertà oggi dimostra uno stop, perché questa contraddizione evidente si scontra con la realtà dei fatti. Credo, colleghi consiglieri del centro-destra, che non siete credibili su questo punto, perché soprattutto voi, che oggi mettete a livello di soggettivismo qualsiasi diritto e al di fuori di questi diritti e certezze ogni cosa, compresa la salute, credo che noi siete in grado di dare molte lezioni. Si smantellano i diritti del lavoro, si va ad un soggettivismo di interpretazione della legislazione sanitaria. E’ in questo contesto che dobbiamo discutere e in questo contesto di soggettivismo, che appunto va inserito dentro questa discussione voglio partire dall’ultimo capoverso del punto 9 delle pagg. 110 e 111, ora ultimo capoverso del subemendamento 316 bis, laddove si parla della sperimentazione possibile.

La sperimentazione, per alcune branche delle funzioni ospedaliere, oggi può essere svolta per intero, tra pubblico e pubblico o tra pubblico e privato, come parte di supporto e comunque di minoranza. Del resto è già oggi così, con gli accreditamenti delle cliniche private al servizio sanitario nazionale. E’ ovvio che noi Comunisti italiani siamo per la totale supremazia della sanità pubblica, tuttavia oggi, in questo nuovo e peggiore contesto, il proble-

ma è di come viene esercitato il governo e vorrei ricordare al collega Ricci che in rapporto alle nuove politiche del Governo di centro-destra, il “decreto Bindi” appare rivoluzionari, perché esso prevedeva la maggioranza pubblica.

Per quanto riguarda gli ospedali di polo, terza figura nella scala del piano, secondo me bisogna evitare due posizioni estreme fra di loro, ma che alla fine convergono nell’indebolire una funzione integrata di questa struttura.

La prima è quella che vede nell’ospedale di polo la struttura migliore al mondo, che quindi deve essere immodificabile per sempre. La seconda, nella concezione più tecnocratica e monetarista è quella che imputa all’ospedale di polo la gran parte del debito sanitario.

Noi vogliamo rifuggire da questa logica, perché tutte due le posizioni sono errate. Il piano sanitario lavora e deve lavorare sempre di più su due livelli di eccellenza. Il primo livello è costituito dagli ospedali regionali, che dentro una gestione unitaria debbono continuare a sviluppare con maggiori risorse, che saranno risparmiate dalla semplificazione amministrativa, le funzioni di alta ed altissima specialità.

Noi non partecipiamo a questa guerra che ancora sento questa sera anacronistica contro Ancona, perché l’alta specialità non è solo ad Ancona e comunque bisogna evitare la logica localistica, per la verità presente in tutti e due gli schieramenti, di indebolire, con il pretesto di rappresentare il territorio, l’alta specialità sanitaria delle Marche, una regione piccola dal punto di vista geografico e demografico. Anche l’accentuazione sulle cosiddette “Marche di confine”, in definitiva utilizza questa battaglia di tipo territoriale e se vogliamo avere progetti seri sulle Marche di confine, non possiamo vincolare la concretizzazione di tali progetti a risparmi su altre parti, perché se questi risparmi non ci saranno non partiranno neanche le “Marche di confine”.

A conclusione di questo intervento vorrei dire che gran parte delle mobilità passiva non deriva dall’altissima specialità ma da funzioni secondarie della chirurgia e non solo. L’altra parte è costituita dall’alta specialità su area vasta, appunto dall’ospedale di rete che deve essere la struttura di alta intensità

quantitativa e qualitativa su area vasta. L'ospedale di polo deve integrarsi tra questi due livelli. Innanzitutto va detto che molti di essi hanno già subito una drastica modificazione. Noi, contrariamente al ministro Sirchia che li vuol chiudere tutti e in gran parte li ha chiusi in giro per l'Italia, prevediamo una fase di trasformazione contestuale e non di chiusura dalla vecchia alla nuova funzione. Quale deve essere la nuova funzione? In primo luogo deve rispondere alle esigenze di ricovero, meno complesse, perché la chiusura sarebbe dannosa, ingolferebbe gli ospedali di rete e l'alta specialità. Questa risposta deve concretizzarsi con la permanenza nei poli ospedalieri di funzioni programmate e differenziate di chirurgia giornaliera, di ospedale diurno, di funzioni poliambulatoriali e di fulcro del distretto. Queste funzioni integrate vanno verificate ed è comunque un errore prevedere una gerarchizzazione chilometrica, perché in realtà ciò contraddice la volontà di far decidere ai territori. La programmazione va svolta a livello regionale, con la partecipazione degli enti locali, ma non all'interno di un finto basismo e assemblearismo. La declinazione della democrazia deve far assumere ad ogni livello le proprie decisioni. Se tutti i sindaci insoddisfatti minacciassero le dimissioni o si dimettessero, saremmo all'implosione istituzionale, saremmo, in definitiva, alla violazione della Costituzione. Un direzione seria non può accettare simili ricatti. Inoltre, chi ha voluto a tutti i costi l'Asur non può più parlare — e non dobbiamo più parlare — con la logica delle distanze Asl per Asl, perché anche le distanze, ormai, assumono una valenza regionale e non di azienda locale ed in una prospettiva di diluizione delle zone nell'Asur non dovrà più neanche sussistere il concetto di mobilità attiva e passiva, perché tutto avrà una visione e funzione regionale.

Le strutture ospedaliere quindi, saranno ubicate nella gestione complessiva dell'Asur e non in questa o in quella Asl o zona.

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

**GILBERTO GASPERI.** Sia per il lavoro che dobbiamo svolgere in quest'aula ma soprattutto

per me, mi piace ascoltare ed entrare dentro gli interventi, anche perché c'è sempre da imparare. Che la politica sia spesso un qualcosa di bello e piacevole ma di ipocrita è fuori discussione, perché ho ascoltato gli interventi in modo particolare del collega relatore di maggioranza dire determinate cose. Rispetto all'emendamento 316 bis della Commissione non credo che ci sia gente contraria, siamo tutti d'accordo, però per togliere quel velo di ipocrisia che non è giusto alberghi dentro le aule della politica, bisogna dire che questo emendamento è stato fatto perché l'opposizione in questo Consiglio, nelle varie riunioni che ci sono state, in tutte le province, ha cercato di mettere di fronte a una posizione di coscienza i consiglieri di maggioranza stessi, per far sì che fosse data risposta concreta a quegli ospedali di polo che non andavano chiusi, perché quando in un ospedale si va a togliere una chirurgia, l'ospedale è destinato a chiudere e noi, per esperienza sappiamo che il piano sanitario 1998-2001 aveva preparato la strada per non avere più risposte da parte di quegli ospedali, in funzione degli interventi e delle percentuali che si avevano nell'ambito dell'attività.

Sono particolarmente d'accordo e convinto che questo emendamento non solo debba essere votato, ma debba essere difeso, però noi, qui non dobbiamo andare a leggere solamente gli ospedali di Amandola e di Novafeltria, dobbiamo andare anche a leggere gli altri due ospedali. Non voglio entrare nel merito dei chilometri, né sul fatto se sia giusto considerare la distanza o il tempo di percorrenza, perché nella provincia di Pesaro in particolare le strade non ci sono e qualcuno è responsabile, in modo particolare le strade provinciali, però qui si parla degli ospedali di Pergola e Cagliari di cui sono fiero, ma rimangono fuori gli ospedali di Sassocorvaro e Fossombrone.

**PIETRO D'ANGELO.** E gli altri ospedali della regione?

**GILBERTO GASPERI.** Io sto parlando degli ospedali della provincia di Pesaro.

**PIETRO D'ANGELO.** Tu stai parlando

come consigliere regionale, non come consigliere provinciale.

GILBERTO GASPERI. La provincia di Pesaro ha 8 ospedali. Se vai a vedere in rapporto alla popolazione, ha il minor numero di ospedali. Poi, tu parlerai degli ospedali di San Benedetto del Tronto, di Ascoli Piceno...

PIETRO D'ANGELO. Io parlo degli ospedali della regione, sono diverso da te.

GILBERTO GASPERI. Questo emendamento ha questa ragione.

Mi chiedo per quale motivo non ci sono, nell'ambito di questa realtà, anche altri ospedali. Seguendo il discorso del relatore di maggioranza, mi sembra sia stata una cosa assurda dire che è d'accordo su questo emendamento, poi va assurdamente a votare contro la proposta per l'ospedale di Sassocorvaro. Tra l'altro, nel momento in cui, nell'ambito degli ospedali si va attraverso l'assistenza pubblica che garantisce l'intervento, non è una clinica privata, il discorso va ad essere completamente modificato e addirittura cambiato. Quindi, cerchiamo di dire la verità, non andiamo a trovare stratagemmi, perché lì c'è una sanità privata e non pubblica e là c'è un'altra realtà. Specialmente il discorso della chirurgia 5 giorni su 7 dà delle risposte al di sotto della tolleranza. Anche perché, quando si vanno a dare garanzie per quello che riguarda gli interventi medio-bassi e non di eccellenza, le scelte di non andare in quegli ospedali le farà poi l'utente. Non credo che l'utente dica "io debbo qui fare un intervento medio-basso, mi vado a rivolgere lì". Chi ha delle possibilità e delle garanzie che derivano da una realtà economica è normale che vada in quegli ospedali che gli danno massima garanzia. Sono perfettamente d'accordo a votare questo emendamento, proprio perché è una dimostrazione che questa maggioranza ha recepito le sollecitazioni venute dalla base e le sollecitazioni che hanno fatto in questi banchi e al di fuori di quest'aula direttamente nella realtà dei vari comuni dove sono presenti gli ospedali, cioè la volontà di voler recepire questi emendamenti e ringrazio chi ha usato questo stratagemma, perché è un modo per difendere

quello che i cittadini hanno dato con il loro lavoro, con la loro attività e con la presenza in questi piccoli centri, perché noi dobbiamo misurare i nostri interventi anche in funzione dei sacrifici che fanno nel vivere in quei luoghi, non tutto rapportato ai costi o alle convenienze economiche nel mantenere quei reparti di chirurgia.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Franceschetti.

FAUSTO FRANCESCHETTI. Intervengo, come altri colleghi, su questo emendamento e in particolare quello che ha illustrato il presidente della Commissione Ricci, che mi pare costituisca il cuore di tutta la discussione. Se vogliamo fare una discussione seria, dobbiamo fare una discussione che abbracci completamente la questione ospedaliera, di cui il problema dei poli rappresenta una parte, seppure importante, ma una parte. Penso che una parte dell'opposizione ha evitato di fare una discussione di carattere generale su questo argomento, non solo per mantenere viva una discussione che per molti aspetti rasenta l'ostruzionismo, ma perché fare una discussione seria, di carattere generale sulle questioni ospedaliere e sulla rete ospedaliera complessivamente intesa, a mio giudizio farebbe emergere con ancora maggiore forza e chiarezza la strumentalità e la demagogia con cui gli emendamenti del Polo hanno affrontato tutta questa questione. Nella sostanza, se andiamo a esaminare gli emendamenti presentati dalla Casa delle libertà e il dibattito che c'è stato, ci dicono sostanzialmente, che, secondo il Polo, bisognerebbe rafforzare gli ospedali di rete, mantenere tutti gli ospedali di polo con tutte le funzioni chirurgiche e dentro questa proposta complessiva la Casa delle libertà accusa la maggioranza di voler sperperare il denaro pubblico, aumentare il deficit della sanità e quant'altro. Queste tre cose non possono stare insieme, chi le propone sa per primo che quelle questioni non possono reggersi tutte nella stessa maniera, tutte tre insieme. Credo che vada fatto un discorso approfondito, serio su cosa vogliamo raggiungere, pur partendo da posizioni distinte, diverse, anche da posizioni diametralmente opposte.

Lo sforzo che a me pare questo piano sanitario fa dal punto di vista del macrolivello ospedaliero, è da una parte quello veramente di voler rafforzare gli ospedali di rete che costituiscono l'ossatura fondamentale della risposta ospedaliera nelle Marche e dall'altra parte voler utilizzare tutte le strutture che noi abbiamo nei cosiddetti piccoli ospedali, per dare una risposta complessiva alle esigenze dei cittadini marchigiani, che non sono soltanto quelle dell'acuzie, quindi del ricovero ospedaliero inteso in modo tradizionale, ma intervenire prima dell'acuzie, facendo una scelta coraggiosa, che destini in maniera vincolata risorse superiori agli anni precedenti per tutto quello che riguarda la prevenzione, dando dall'altra parte una risposta al momento post-acuto della malattia, rispetto al quale la nostra sanità regionale è oggi carente. Penso a tutta la questione che riguarda le lungodegenze, le residenze sanitarie assistite, per disabili, per tossicodipendenti e così via. Noi cerchiamo di dare una risposta complessiva che innalzi ulteriormente la qualità nella nostra regione, utilizzando queste strutture periferiche, questi poli ospedalieri che in parte vogliamo continuare a utilizzare come supporto agli ospedali di rete, quindi per affrontare le malattie acute e in parte vogliamo riconvertire, riutilizzare agli altri fini (lungodegenza, residenze e quant'altro). Non vogliamo fare quello che il ministro Sirchia è venuto a dire nella nostra regione e non solo, cioè la posizione del Governo di centro-destra, riconfermata dal piano sanitario nazionale di arrivare a una chiusura generalizzata dei piccoli ospedali, sia per una questione economica sia per una questione di pericolosità per i cittadini come dite a livello nazionale. E' una posizione molto diversa da quella che diciamo e praticiamo concretamente noi.

Sulle funzioni chirurgiche, nelle proposte illustrate dettagliatamente da Ricci, noi abbiamo adottato dei criteri sulla base dei quali definire dove va mantenuta la funzione chirurgica, facendo giustamente una distinzione tra la chirurgia programmata a 7 giorni e quella a 5 giorni, inserendo una discriminante fondamentale: quella della differenza che c'è tra un ospedale collocato in una comunità montana, a distanza notevole dall'ospedale di rete — nella

proposta diciamo "oltre 30 chilometri", perché è chiaro che quella comunità, quell'ospedale, i cittadini di quel territorio hanno un'esigenza diversa rispetto ai cittadini che hanno un ospedale di polo a dieci minuti di distanza da quello di rete, con una viabilità del tutto diversa, con una situazione complessivamente diversa. Facciamo allora una distinzione giusta, che va in direzione del riconoscimento di quella che è la realtà dei piccoli ospedali dell'entroterra, quindi delle zone montane, però qui va detta una cosa, senza fare distinzione tra la chirurgia a 5 giorni e quella a 7 giorni, sulle caratteristiche che queste chirurgie programmate debbono avere, perché entrambe queste chirurgie programmate, comunque dovranno fare un certo tipo di intervento che, come è stato ricordato, verrà poi definito da una delibera della Giunta regionale, sentita la Commissione consiliare competente. L'altra cosa che sottolineo è una scelta di partecipazione che noi facciamo con questa proposta, perché noi dettiamo i criteri sulla base dei quali andare alla definizione delle funzioni chirurgiche, ma poi lasciamo ai territori, alla concertazione a livello territoriale la facoltà di avanzare una proposta complessiva su area zonale e area vasta, che poi deve tornare in Consiglio regionale per l'approvazione definitiva. Quindi vogliamo un coinvolgimento reale dei territori nella definizione del progetto complessivo.

Come gruppo consiliare Ds noi siamo per il mantenimento di quella possibilità, non solo perché è prevista dal D. Lgs. 229, ma perché su quell'ipotesi alcune comunità locali si sono mosse, hanno elaborato un proprio progetto, rinunciando anche ad avere altre cose come potrebbe essere la funzione chirurgica a 5 e 7 giorni, quindi quelle realtà vanno incoraggiate e premiate e se da una parte non sono d'accordo su quanto espresso da Ricci ma gli riconoscono una coerenza, la stessa cosa non possiamo dire sulla posizione espressa dalla Casa delle libertà. Non solo perché a livello nazionale voi volete privatizzare la sanità e qui vi scandalizzate per sperimentazioni su progetti misti pubblico-privato, ma perché siete in contraddizione con voi stessi, con gli stessi vostri emendamenti, perché da una parte voi proponete emendamenti soppressivi di questa possibilità di



sperimentazione nella nostra regione e contestualmente presentate anche altri emendamenti — mi riferisco per esempio alla proposta della “clinica del piede” a Montegranaro — che partono dal privato su cose che ancora non si sa cosa veramente siano. Voi fate però un emendamento per sostenere questa eventualità, quindi da una parte sopprimete la sperimentazione pubblico-privato, dall'altra parte, per altre realtà locali la proponete: alla faccia della coerenza!

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere D'Angelo.

PIETRO D'ANGELO. Innanzitutto, prima di iniziare l'intervento vorrei fare una premessa importante: il mio intervento è un intervento quale consigliere regionale e non quale consigliere di collegio, come ho dovuto constatare da parte di altri consiglieri.

Sapevamo che gli aspetti più difficili da affrontare avrebbero riguardato la valutazione del numero delle aziende ospedaliere e una valorizzazione degli ospedali di polo in base alle loro caratteristiche. Questo piano sanitario è ottimo nei suoi contenuti. Contestualmente va detto che aveva obiettivi ambiziosi, in parte raggiunti, in parte no, perché sono prevalse scelte più dettate da esigenze politiche territoriali che da una razionale visione globale del problema sanità. Non a caso nei giorni scorsi mi sono dissociato dai colleghi che esaltavano il municipalismo legato alle eccellenze sanitarie. Dopo avere visto l'art. 316 bis devo chiedere venia a tutti i colleghi anconetani per come mi sono dissociato e per come ho apostrofato, in quest'aula in un mio intervento, il loro, secondo me, forte legame alle esigenze territoriali e non globali. Questa sera purtroppo, devo prendere atto, che non avevamo solamente anconetani, ma anche pesaresi, quindi, come al solito, ci ritroviamo di fronte a delle scelte che, anche comprensibili da un punto di vista politico, sono non condivisibili. Nessuno vuole, come ha detto in modo demagogico Giannotti — ma la sua è una demagogia perenne: chiederei di realizzare qualche centro specializzato per curare questa malattia — chiudere gli ospedali di polo; gli ospedali di polo vanno valutati all'in-

terno della rete ospedaliera regionale e vanno valorizzati in base alle loro peculiarità, quindi nessuna chiusura di ospedali di polo, però è chiaro — e io mi prendo questa responsabilità — che l'emergenza chirurgica in ospedale di polo deve essere garantita da un supporto di altri reparti che possano tamponare, in alcune situazioni, particolari complicazioni. Voglio parlare a nome di tutti quei cittadini che, avendo fatto la scelta di fare un piccolo intervento chirurgico in un piccolo ospedale, non potendo quell'ospedale garantire, come struttura complessiva, la sicurezza nell'ambito di eventuali complicazioni, hanno non solo rimesso la vita ma hanno avuto conseguenze permanenti. Quindi emergenza chirurgica sì, ma là ove è possibile, perché alle emergenze territoriali deve essere abbinata l'esigenza della sicurezza dei cittadini, della qualità dei servizi, questo va fatto. Ecco perché non condivido certi eccessi di localismi che prevalgono sugli interessi generali e collettivi, soprattutto in un ambito come quello della sanità.

Pure in questo contesto di criticità, ritengo che questo piano sanitario, al di là della demagogia, sia da valutare positivamente, però permettetemi di dire con franchezza che forse potevamo cogliere l'occasione per obiettivi più ambiziosi.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Luchetti.

MARCO LUCHETTI. Già molte cose sono state dette dai colleghi della maggioranza, quindi non mi ripeto sulle questioni di fondo che hanno portato alla formulazione di questo testo, che ci sembra equilibrato e che riteniamo possa corrispondere alle effettive esigenze della nostra gente.

Vorrei sottolineare un aspetto che mi sembra decisivo rispetto alla riposta che dal punto di vista delle chirurgie dobbiamo dare alla nostra comunità: per la prima volta mettiamo in rete il sistema delle chirurgie. Questo significa una maggiore garanzia, soprattutto nei poli, per il fatto che le professionalità, dal punto di vista chirurgico dovrebbero teoricamente elevarsi. E' una maggiore tutela degli interventi e dell'appropriatezza chirurgica an-

che nei poli dove, da qualche parte, probabilmente, l'inappropriatezza consentiva poi, anche un abbassamento della qualificazione.

E' chiaro a tutti che la problematica dei poli risente, tutto sommato, di tutta quella cultura che intorno alla sanità, complessivamente, ancora permane, cioè una cultura ancorata nel vedere unicamente intorno all'ospedale la certezza e la sicurezza della propria salute. Dicendo questo sottolineo un aspetto che secondo me va recuperato e che il piano nel suo dispiegarsi cerca di recuperare. Noi dobbiamo entrare in una cultura diversa della sanità, se vogliamo effettivamente difenderla in maniera adeguata, altrimenti saremo qui a fare ulteriori piani e normative unicamente legati ai problemi di campanile e di consenso politico. So che è una cosa difficile, l'abbiamo sperimentato quando abbiamo delle aziende ospedaliere, cadendo in delle contraddizioni macroscopiche, cioè cercando più che altro il consenso politico piuttosto che l'interesse della gente, per cui si parla di "assassinii di ospedali" e chi più ne ha più ne metta, ma credo che questo non farà il bene della nostra comunità. Credo invece che un saggio intendimento di considerare la sanità per quella che è ci potrà condurre a fare delle scelte, anche coraggiose, nell'immediato futuro, anche perché le tecnologie che avanzano e la stessa mobilità delle persone sul territorio è tale da sconvolgere direttamente le nostre previsioni. Pertanto è chiaro che da qui a poco saremo in grado di poter ulteriormente modificare le nostre considerazioni, soprattutto perché i bisogni della gente, che si elevano rispetto alla tutela della salute, hanno sempre più necessità di una sanità raffinata, soprattutto nei momenti dell'acuzie e del bisogno.

Quello che con questo piano vogliamo fare, anche nell'entroterra, nei posti più disparati della nostra comunità, è cercare di dare una garanzia alla gente, nella tutela della salute, però dobbiamo corrispondere a questi impegni, perché sarebbe una cosa negativa dover convertire parte delle strutture e poi non essere conseguenti. Questo è capitato quando, in passato, non solo si sono convertiti e riorganizzati dei presidi ospedalieri o sanitari, ma quando abbiamo addirittura chiuso e superato degli ospedali. Si erano promessi poliambulatori,

diagnostiche specialistiche adeguate e poi, magari, nell'immediato non si è fatto quasi nulla. Ecco perché dobbiamo essere responsabili nell'approvare questo piano, nel dare la giusta dimensione alle scelte che dovremo fare nell'attuazione del piano stesso, cercando di corrispondere concretamente alle esigenze della gente.

Non è un caso che la nostra regione ha una grossa rete di emergenza, ma dobbiamo migliorarla, dobbiamo fare in modo che i collegamenti, anche aerei, vedi l'utilizzo del nostro elicottero, siano più adeguati, perché probabilmente l'elicottero ancora è sottoutilizzato; dobbiamo fare in modo che i nostri paesi sperduti della montagna si sentano più protetti e concretamente vedano le strutture che possano in qualche modo proteggerli.

Non riusciremo forse mai a garantire coloro che stanno in montagna allo stesso modo di coloro che stanno in città, magari vicino all'ospedale di rete o vicino alle aziende ospedaliere; ecco perché dobbiamo essere concreti nel dare loro le giuste soluzioni, parlando con la gente, cosa che abbiamo fatto poco da questo punto di vista. Parliamo con la gente unicamente per ottenere il consenso politico, così come ha fatto la Casa delle libertà rispetto a questo piano sanitario, che corre più dietro la concorrenza politica piuttosto che fare proposte concrete e cercare di capire lo sforzo che fa questo piano. Io mi aspettavo proposte di diverso tipo, magari cercando di ottenere quelle certezze che vanno date alla popolazione nell'attuazione di questa nuova impostazione di rete ospedaliera, perché è necessario assicurare a tutti una giusta risposta.

Per quanto riguarda le condizioni che si sono raggiunte con questo emendamento, che rivede in parte quanto avevamo stabilito in Commissione, credo che abbiamo raggiunto un buon equilibrio cercando soprattutto di venire incontro a quelle località più disagiate. Ripeto, non avremo dato quella certezza che questo piano nominalisticamente presenta; abbiamo fatto uno sforzo, ma dobbiamo fare di più da questo punto di vista, dobbiamo garantire quelle strutture che effettivamente servono alla gente che sta in montagna, servono alla gente che è più lontana dai presidi sanitari. Ecco

perché dobbiamo fare in modo che la riabilitazione, che la medicina specialistica sia più vicina a queste zone, piuttosto che strutture che probabilmente non daranno quello che magari oggi si pensa. Da questo punto di vista dobbiamo fare uno sforzo in più, proprio perché diciamo sempre di dover tutelare la gente che sta nell'entroterra e che è più isolata, ma probabilmente corriamo sempre dietro degli stereotipi che poi non sono concretamente adeguati ai bisogni reali di coloro che stanno in quei posti. Credo che come Margherita abbiamo fatto un buon lavoro da questo punto di vista, l'equilibrio che presenta questo emendamento è un buon equilibrio e spero che con questa nostra decisione possiamo venire incontro alle esigenze vere, perché è un equilibrio che va ricercato anche in un dimensionamento di razionalizzazione che dobbiamo portare in tutta la sanità marchigiana.

**PRESIDENTE.** Ha la parola l'assessore Agostini.

**LUCIANO AGOSTINI.** Voglio fare delle brevissime considerazioni partendo dal richiamo che faceva il consigliere Gasperi sulla ipocrisia nel trattare argomenti così importanti. Voglio quindi partire da queste brevissime considerazioni, tenendo presente quello che il ministro della Repubblica ha detto quando è venuto qui, cioè che i piccoli ospedali andavano chiusi o in qualche modo riconvertiti. Prima di assumere questa responsabilità nel governo regionale ho avuto anche altri incarichi nelle amministrazioni locali e ho dato il mio contributo al richiamo che faceva il ministro della Repubblica Sirchia. Difatti nel mio comune ho contribuito a riconvertire un piccolo ospedale. Non mi scandalizza il fatto che un ministro ponga una problematica di questo rilievo, è però chiaro che la scelta che noi abbiamo fatto in questo piano, è quella di andare per alcuni versi in questa direzione, ricercando, là dove è possibile e là dove le condizioni territoriali lo permettevano, una riconversione che andasse verso il miglioramento del servizio, cercando di costruire una rete di servizi socio-sanitari che consentissero di avere una elevazione della qualità dei servizi. Ma là dove questo non sia

possibile per le oggettive condizioni territoriali, questa Giunta regionale, questo Consiglio regionale stanno facendo una scelta diversa, cioè salvaguardare alcuni presidi ospedalieri nelle zone che sono più impervie, quelle che devono continuare a mantenere un livello di servizi e alcuni presidi nel territorio, in particolare nell'entroterra e nella montagna.

Detto questo penso che sia importante che venga confermata una scelta su questo piano: che due ospedali di polo, quello di Novafeltria e quello di Amandola venissero mantenuti e anzi, nell'ottica che abbiamo perseguito nel costruire questo piano, cercando di alimentare, di dare una prospettiva sicura e non metterli sempre a repentaglio di eventuali tagli o chiusure. Da questo punto di vista il sottoscritto è stato uno di quelli che ha sempre sostenuto questo tipo di impostazione, anche quando, in alcune realtà, venivano organizzate manifestazioni, alimentando l'emotività dell'opinione pubblica, quando si diceva "la Giunta regionale chiuderà l'ospedale". Noi eravamo invece certi che questo tipo di impostazione veniva recepita dal Consiglio regionale e questa scelta viene ribadita in questo piano, in una legge regionale, per cui questi due presidi ospedalieri oggi vengono salvaguardati da una legge regionale in maniera specifica e di questo dobbiamo essere assolutamente soddisfatti. Ripeto, anche di fronte alla strumentalizzazione che a volte i vari comitati, il mestiere dell'opposizione ha portato a fare in alcune realtà. Così come mi pare importante la definizione del relatore di maggioranza per le altre realtà, cercando di definire un criterio oggettivo, quello dei chilometri, per salvaguardare il più possibile le aree interne e dare anche a queste alcune possibilità di sviluppo e di prospettiva così come veniva ricordato.

Dalla mia esperienza, che ho maturato nello svolgimento di altri ruoli in amministrazioni locali, voglio però dire, alle amministrazioni di questi territori, che cercare di alimentare tensioni, alimentare paure nell'opinione pubblica non aiuta a salvare e potenziare quei presidi ospedalieri, non aiuta a creare prospettive, per cui l'invito che faccio è quello di cercare di valorizzare quello che nel piano viene oggi recepito, cioè la salvaguardia di

VII LEGISLATURA — SEDUTA N. 143 DEL 25 GIUGNO 2003

questi presidi ospedalieri, nella direzione di aumentare complessivamente e qualitativamente i servizi sanitari, soprattutto nelle aree interne. Quindi questi presidi devono essere valorizzati, occorre cercare di tranquillizzare e dare sicurezza all'opinione pubblica di quelle realtà, perché in quei presidi possano trovare risposte importanti, conformi al piano. Da questo punto di vista c'è proprio un invito, da parte del sottoscritto, derivato anche dall'esperienza maturata, a valorizzare quello che noi abbiamo cercato di costruire, valorizzando l'impegno a creare più prospettiva e non invece alimentando tensioni, paure che spesso portano al degrado stesso dei servizi che in quelle realtà vengono dati.

Da ultimo, sulla sperimentazione che viene inserita nel piano. Io sarei stato assolutamente contrario se eventuali iniziative di sperimentazione avessero in qualche modo dato la stura a un'entrata del privato, alla privatizzazione, cercando di rompere uno dei principi su cui si basa il servizio sanitario regionale, cioè privatizzare i servizi. Non mi pare che dalle esperienze che stanno nascendo si vada in questa direzione. L'indirizzo, il controllo, la costruzione di una sanità pubblica sono salvaguardati anche dentro la sperimentazione che si cerca di fare con l'apporto del privato, quindi le indicazioni che qui vengono date, su questo punto, nel piano, le intendo come la possibilità di un apporto da parte del privato a una sanità pubblica che deve rimanere pubblica, perché questo è uno dei principi di salvaguardia importanti per l'idea che noi abbiamo di sanità, quindi una sperimentazione che va in questa direzione.

Gli attacchi che faceva il consigliere Giannotti li respingo tutti, perché non si tratta di portare nella nostra regione esperienze di privatizzazione della sanità, tutt'altro. Noi vogliamo che l'apporto del privato possa consolidare la nostra idea di sanità pubblica e laddove queste esperienze si stanno costruendo vanno in questa direzione.

PRESIDENTE. Prego di procedere alla votazione per appello nominale a nome dei consiglieri Castelli, Pistarelli e Ciccioli.

GABRIELE MARTONI, *Consigliere segretario*. Procedo alla chiama:

Agostini	no
Amagliani	no
Amati	no
Ascoli	no
Avenali	no
Benatti	no
Brini	assente
Castelli	sì
Cecchini	sì
Ceroni	sì
Cesaroni	assente
Ciccioli	sì
D'Ambrosio	no
D'Angelo	no
Donati	no
Favia	assente
Franceschetti	no
Gasperi	sì
Giannotti	sì
Grandinetti	assente
Luchetti	no
Martoni	no
Massi Gentiloni Silveri	assente
Melappioni	no
Minardi	no
Modesti	no
Mollaroli	no
Moruzzi	no
Novelli	assente
Pistarelli	sì
Procaccini	no
Ricci	no
Rocchi	no
Romagnoli	sì
Secchiaroli	no
Silenzi	no
Spacca	no
Tontini	no
Trenta	assente
Viventi	assente

*Il Consiglio non approva*

Subemendamento n. 316 bis/2. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Subemendamento n. 316 bis/3. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Subemendamento n. 316 bis/4. Ha la parola il consigliere Castelli.

Guido CASTELLI. Proponiamo, al terzo capoverso, di cassare uno dei requisiti alla presenza dei quali è previsto che tutto il sistema della funzione chirurgica possa rispettare i propositi dei primi due capoversi. Vorrei replicare a quanto ha detto Ricci nella sua esposizione, che rispetto le funzioni degli ospedali di polo, secondo l'interpretazione autentica di questo emendamento, dovrebbe essere destinate al polo ospedaliero. Dice Ricci che il polo ospedaliero ha, per quanto riguarda la chirurgia, una sua tipizzazione, una sua funzione precipua, che quindi connota in maniera forte la volontà di questa maggioranza di qualificare, di mantenere in maniera strutturale la funzione del nostro servizio sanitario regionale negli ospedali di polo. Dov'è che questa ricostruzione è carente e nasconde invece una volontà di fatto soppressiva della funzione chirurgica in particolare, ma più complessivamente dei poli? Nel terzo punto dove, in maniera abbastanza chiara, si prevede che la stessa funzione chirurgica riferita alla medio-bassa attività specialistica potrà essere svolta solo quando negli ospedali di rete si dovesse verificare l'impossibilità a garantire percorsi dedicati all'attività chirurgica stessa. E' qui l'arcano, a mio modo di vedere: nel fatto che anche l'attività chirurgica di medio-bassa caratteristica, è condizionata al fatto che nell'ospedale di rete non vi siano le condizioni per svolgere quell'attività. E' allora ovvio che mi sembra piuttosto remoto che nell'ambito dell'ospedale di rete non vi siano le condizioni per fare interventi di bassa qualificazione chirurgica. Quindi il teorema della maggioranza cade sul terzo punto di cui noi abbiamo chiesto la censura, proprio perché non si è nell'ambito di una chiara volontà di dire "la bassa-media specialità chirurgia è comunque dell'ospedale di polo", si dice che questa attività, anche medio-bassa, potrà essere svolta in tanto e in quanto negli ospedali di rete non vi sia

disponibilità ad effettuare questo tipo di attività. E' tutto qui. Ecco perché credo che il richiamo all'ospedale di Offida che mi era caro, anche perché mio padre era primario del reparto di medicina, in realtà nasconde la facile previsione sul destino degli ospedali di polo che sono così chiusi, in un insieme di proposizioni che di fatto porteranno all'applicazione, anche nei poli ospedalieri residui, della cosiddetta "filosofia del carciofo" che richiama prima: la creazione delle condizioni, perché le chiusure saranno successivamente invocate, ritenute ineluttabili, perché quando, nell'ambito di una costruzione poco chiara, equivoca soprattutto per quanto riguarda anche l'attività medio-bassa, quando le compatibilità economiche suggeriranno l'impossibilità di approvvigionamento di materiali, l'impossibilità di approvvigionamento di strumenti, la non sostituzione di alcuni strumenti, alla fine la chiusura dell'ospedale di polo sarà il frutto di una vera e propria eutanasia che oggi porta inequivocabilmente questa maggioranza a voler dissimulare una volontà manifesta. Pertanto chiediamo il voto per appello nominale, a nome anche dei consiglieri Romagnoli e Pistarelli, perché a futura memoria dovranno rimanere scolpite come pietre queste nostre parole.

PRESIDENTE. Prego di procedere alla votazione per appello nominale.

GABRIELE MARTONI, *Consigliere segretario*. Procedo alla chiama:

Agostini	no
Amagliani	no
Amati	no
Ascoli	no
Avenali	no
Benatti	assente
Brini	assente
Castelli	sì
Cecchini	sì
Ceroni	sì
Cesaroni	assente
Ciccioli	sì
D'Ambrosio	no
D'Angelo	no
Donati	no
Favia	assente

Franceschetti	no
Gasperi	sì
Giannotti	sì
Grandinetti	assente
Luchetti	no
Martoni	no
Massi Gentiloni Silveri	assente
Melappioni	no
Minardi	no
Modesti	no
Mollaroli	no
Moruzzi	no
Novelli	assente
Pistarelli	sì
Procaccini	no
Ricci	no
Rocchi	no
Romagnoli	sì
Secchiaroli	no
Silenzi	no
Spacca	no
Tontini	no
Trenta	assente
Viventi	assente

*Il Consiglio non approva*

Subemendamento n. 316 bis/5. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Subemendamento n. 316 bis/6. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Subemendamento n. 316 bis/7. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Subemendamento n. 316 bis/8. Ha la parola il consigliere Pistarelli.

Fabio PISTARELLI. Per essere molto sintetico leggerò una brevissima parte di un documento a voi tutti noto, il piano sanitario regionale 1998-2001. Tabella 4.3.21, poli ospedalieri con funzioni di supporto di rete e attività distrettuali: “Tali presidi devono svi-

luppare una duplice integrazione: con gli ospedali di rete, con le funzioni assistenziali distrettuali. A questo fine i progetti di integrazione dovranno tenere in particolare conto dei presidi ubicati nei territori delle Comunità montane, nel rispetto delle direttive e dei parametri stabiliti dalla deliberazione del Consiglio regionale 120 del 7.1.1997, al fine di assicurare funzioni per acuti in aree contrassegnate da scarsa popolazione, in ampi territori e di particolare isolamento, per esempio Novafeltria, Cingoli e Amandola”. L’illustrazione è fatta.

Avevamo già nel 1998 indicato dei percorsi che dirò poi in sede di dichiarazione di voto sul 316 bis, che sono stati smentiti da questa scelta che state compiendo. Comunque avevamo individuato, negli esempi, Novafeltria, Cingoli e Amandola. Perché ci siamo scordati di Cingoli? Mi si dice da parte degli uffici e in sede di Commissione che c’è un progetto per Cingoli che riguarda questioni già affrontare in sede di azienda sanitaria. Il progetto Cingoli prevede sol 4 posti letto in day-surgery, che è cosa diversa rispetto ad Amandola e Novafeltria per i quali si ribadisce giustamente, almeno la funzione chirurgica a sette giorni. Poi, questo stesso progetto sarà ridiscusso in sede di applicazione del nuovo sistema sanitario regionale — Asur, zone — perché non c’è più l’azienda sanitaria di Macerata o di Jesi, per quanto riguarda Cingoli. Quindi, in sede di discussione mi pare che questo piano debba prevedere, anche per Cingoli, quello stesso tipo di ragionamento che si prevede per altre aree.

Dico questo a ragion veduta, perché ho citato un documento, quello del piano sanitario passato non ho citato questioni generiche e fumose ma una cosa concreta. Mi pare che su Cingoli ci siano tutte le condizioni per vedere inserito anche quel presidio ospedaliero all’interno di una programmazione che almeno salvi il salvabile.

Chiedo la votazione per appello nominale, a nome anche dei colleghi Ciccioli e Castelli.

PRESIDENTE. Prego di procedere alla votazione per appello nominale.

GABRIELE MARTONI, *Consigliere segretario*. Procedo alla chiama:

VII LEGISLATURA — SEDUTA N. 143 DEL 25 GIUGNO 2003

Avenali	no
Benatti	no
Brini	assente
Castelli	sì
Cecchini	sì
Ceroni	sì
Cesaroni	assente
Ciccioli	sì
D'Ambrosio	no
D'Angelo	no
Donati	no
Favia	assente
Franceschetti	no
Gasperi	sì
Giannotti	sì
Grandinetti	assente
Luchetti	no
Martoni	no
Massi Gentiloni Silveri	assente
Melappioni	no
Minardi	no
Modesti	no
Mollaroli	no
Moruzzi	no
Novelli	assente
Pistarelli	sì
Procaccini	no
Ricci	no
Rocchi	no
Romagnoli	sì
Secchiaroli	no
Silenzi	no
Spacca	no
Tontini	no
Trenta	assente
Viventi	assente
Agostini	no
Amagliani	no
Amati	no
Ascoli	no

*Il Consiglio non approva*

Subemendamento n. 316 bis/08 bis. Ha la parola il consigliere Cecchini.

CRISTINA CECCHINI. Abbiamo già respinto il fatto che gli ospedali di polo della provincia di Pesaro non hanno riconosciuto uno status speciale perché sono ospedali pub-

blici in numero limitato rispetto agli ospedali delle altre province, con 8 voti a favore e 24 contro; è stato respinto con 8 voti a favore e 24 contro l'emendamento su Cingoli. Vorrei adesso proporre Pergola, con un ragionamento di questo tipo: io avrei fatto la tabella al posto del ragionamento tutto politico sugli ospedali con criteri che si vedranno, ma poi si vedono e si capisce anche che di fatto non se ne salva nessuno, perché se non hanno l'urgenza non sono ospedali, al massimo hanno la chirurgia programmata a sette giorni. Per diritto ce l'hanno Amandola e Novafeltria, altri se la devono conquistare. Questo discorso su Pergola è un oltraggio rispetto alla realtà concreta di questo ospedale, quindi volevo capire se ragionando nel merito rispetto alla storia del precedente piano sanitario, l'emendamento poteva passare. Chiedo la votazione per appello nominale a nome anche dei consiglieri Giannotti e Gasperi.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Giannotti.

ROBERTO GIANNOTTI. Non votare questo emendamento rappresenta un fatto gravissimo. Sono curioso di sapere quale sarà la posizione della Margherita, su questo emendamento. Votate contro? Se credete che sia coerente rispetto alle cose che avete detto e fatto... Una cosa è riconoscere un dato oggettivo, quello di una specificità territoriale... Prima mi veniva da ridere ascoltando l'intervento di Ricci che in questa vicenda si è composto da vero "gendarme" della maggioranza: forse aveva da ripagare D'Ambrosio di qualche favore fattogli sul piano politico. Come si fa a sostenere che è più coerente il discorso della distanza chilometrica rispetto al tempo di percorrenza dei mezzi di soccorso, su un passaggio delicatissimo qual è quello della vita della gente? Lei è mai stato a Pergola, consigliere Ricci? Non con la macchina di servizio, con la macchina sua. Vada a Pergola o a Frontone, un comune poco sopra Pergola, provi a star male e si faccia trasportare o all'ospedale di Urbino o all'ospedale di Fossombrone o all'ospedale di Fano e mi dica in quali condizioni ci arriva: ci arriva morto. *(Interruzione)*. Spero che i cittadini di Pergola capiscono che non devono più votare il tuo

sindaco, perché tu non sei in grado di tutelare i loro interessi.

Rispetto a questo si chiede di usare lo stesso criterio che si è usato per Amandola e per Novafeltria, cioè sia riconosciuto il dato di una situazione territoriale particolare e sia fatta una scelta formale, non ricorrendo agli *escamotages* così come si è fatto, che poi riprenderemo per altri ospedali della provincia di Pesaro.

PRESIDENTE. Prego di procedere alla votazione per appello nominale.

GABRIELE MARTONI, *Consigliere segretario*. Procedo alla chiama:

Donati	no
Favia	assente
Franceschetti	no
Gasperi	sì
Giannotti	sì
Grandinetti	assente
Luchetti	no
Martoni	no
Massi Gentiloni Silveri	assente
Melappioni	no
Minardi	no
Modesti	no
Mollaroli	no
Moruzzi	no
Novelli	assente
Pistarelli	sì
Procaccini	no
Ricci	no
Rocchi	no
Romagnoli	sì
Secchiaroli	no
Silenzi	no
Spacca	no
Tontini	no
Trenta	assente
Viventi	assente
Agostini	no
Amagliani	no
Amati	no
Ascoli	no
Avenali	no
Benatti	no
Brini	assente
Castelli	sì
Cecchini	sì

Ceroni	sì
Cesaroni	assente
Ciccioli	sì
D'Ambrosio	no
D'Angelo	no

*Il Consiglio non approva*

Subemendamento n. 316 bis/8 bis. Ha la parola il consigliere Romagnoli.

FRANCA ROMAGNOLI. Chiediamo la deroga per una zona che non ha ancora completato il proprio ospedale di rete. Se la logica di questo piano è quella del rafforzamento e del potenziamento dell'ospedale di rete, quindi della complementarità degli ospedali di polo la prendiamo per buona; se la logica è quella indicata nel 316 bis dove si dice che l'inadeguatezza strutturale ed organizzativa degli ospedali di rete ad accogliere interventi, addirittura di media e bassa complessità determina, eventualmente, la residuale competenza degli ospedali di polo c'è una inadeguatezza assoluta, perché l'ospedale di rete di Fermo non è a regime, non è completato, è un cantiere permanente, quindi riteniamo, non per ragioni di montagne, di chilometri, di disagio, che non possa essere respinta una deroga espressa perché la funzione chirurgica 7 giorni su 7 — in questo caso Sant'Elpidio a Mare — finché l'ospedale di rete non è completato così come per Osimo, che non è neanche costruito, avete, giustamente, previsto. Riteniamo che è conseguenziale a quanto avete finora affermato nel piano.

PRESIDENTE. Pongo in votazione il subemendamento.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento 316 bis/9. Ha la parola il consigliere Cecchini.

CRISTINA CECCHINI. Su questa questione si vuole impedire quella che viene chiamata in questo emendamento la possibilità di introdurre nei poli ospedalieri funzioni di sperimentazione che sono nient'altro che privatizzazioni. Quindi con questo emenda-



mento si vuole impedire questa operazione, che di fatto messa in modo generico, consente — lo vedremo fra tre mesi in avanti —... Insomma, adesso c'è l'esperienza concreta di Sassocorvaro, dove c'è una sperimentazione gestionale per la quale la Giunta regionale ha già pronta la delibera, che non ha ancora fatto, penso in ossequio al piano. Questo voto è importante, nel senso che consente o meno il via libera a sperimentazioni e privatizzazioni negli ospedali di poco. Non è poco pensare che questa sia la via che la Giunta regionale o la maggioranza di centro-sinistra voglia far prendere agli ospedali di polo. Abbiamo visto che non vuole che siano ospedali, non vuole che siano luoghi dove l'emergenza è assicurata, luoghi dove si può fare chirurgia programmata. Questo non vuole che siano; vuole che siano luoghi per fare privatizzazioni. Sarebbe bene che quest'aula impedisse questa sciagurata deriva.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Castelli.

GUIDO CASTELLI. In quest'aula la foglia di fico dietro cui il centro-sinistra ha coperto tutte le nudità della sua programmazione sanitaria è “guai al privato, c'è la privatizzazione, Sirchia vuol privatizzare...”. Privato, privato, privato... Questo è stato l'elemento unificante di una maggioranza altrimenti sdrucita, che ha esposto se stessa a quella che è stata veramente una fibrillazione sbriciolante che non ha avuto comunque dei significativi precedenti. Già Ricci ha fatto la sua dichiarazione e do atto della sua coerenza da questo punto di vista, vedremo se i Comunisti italiani, in questo caso, invocheranno la disciplina leninista oppure, diversamente, andranno insieme ai Verdi. Noi, a questo punto misuriamo la vostra coerenza, perché la privatizzazione non può essere invocata solo quando fa comodo, la privatizzazione sottocutanea, underground, è di per sé un fatto negativo, è come la faccenda della cartolarizzazione. Franceschetti, non è male in sé la cartolarizzazione, è male invece occultare questa volontà, cioè spacciare la propria volontà politica come improntata ai sacri principi del

progressismo e poi, invece, far rientrare dalla finestra quello che dite non deve entrare dalla porta. Sono quindi curioso di capire se il privato è malefico solo se proposto da Sirchia o se, diversamente, c'è il privato gestibile che evidentemente non cozza con i sacri e progressivi principi. Quindi anche Moruzzi e D'Angelo ci devono far sapere cosa pensano della privatizzazione di sinistra.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Giannotti.

ROBERTO GIANNOTTI. Questa sera, per un soprassalto di dignità personale del Presidente della Giunta discutiamo questo emendamento, un pezzo di piano senza avere la beffa di un atto deliberativo già predisposto dall'assessorato, dal dipartimento e già sottoposto all'esame della Giunta qualche giorno fa. Se lei avesse avuto il coraggio di approvare quell'atto... (*Interruzione*). Nell'ultima Giunta lei ha rinviato l'esame di uno specifico provvedimento che autorizzava la sperimentazione a Sassocorvaro. Per fortuna ha avuto un soprassalto di dignità e ha pensato bene di non mettere questo Consiglio di fronte al fatto compiuto. Sarebbe stato un fatto gravissimo che una settimana prima dell'approvazione del piano sanitario, che è lo strumento di programmazione regionale, la Giunta regionale avesse approvato un atto sulla base di... (*Interruzione*). Parto quindi con un plauso al Presidente che ha evitato al Consiglio regionale questa cattiva figura. Quello che conta è la sostanza, del nostro diritto di non essere espropriati di una facoltà che ci è rimessa dalla legge.

Franceschetti, tu puoi arrampicarti sugli specchi quanto vuoi. Torneremo poi sull'emendamento che è la logica politica di tutta questa operazione, che ha messo Ricci con le spalle al muro, che è la logica politica dell'accontentare i potentati diessini. Non a caso il segretario provinciale dei Ds di Pesaro sono tre giorni che “bivacca”, insieme al presidente della Comunità montana, legittimamente, in quest'aula, a testimoniare una presenza del “commissario del popolo” a vedere quello che fate, perché personalmente non mi riguarda.

Ma la cosa grave non è la sperimentazione in sé, è la tempistica rispetto a questa proposta.

Questa proposta è nata in tempi non sospetti ed è servita esclusivamente a consentire una grande partita di scambio, cioè la Giunta regionale e il potere di questa Regione ha detto ai diessini di Sassocorvaro “vi do la sperimentazione” e i diessini di Sassocorvaro in cambio hanno detto “ci facciamo espropriare della chirurgia”. L’inganno sta lì, perché se questa proposta fosse nata domani, dopo una scelta politica dissennata che la maggioranza di questo Consiglio avesse compiuto, cioè la chiusura della chirurgia, avremmo discusso in un altro contesto. L’averla posta prima è invece un fatto grave, gravissimo, pericoloso che la dice tutta. E’ la conflittualità, la divaricazione che si è creata sul territorio rispetto ad una protesta popolare fortissima, che ha avversato da subito questa proposta ed un consenso istituzionale, guarda caso legato ai centri di potere del partito di maggioranza relativa, che ha cercato di mitigare questa protesta.

Vorrei invitare gli amici della Margherita a interrogarsi su questa questione, perché non credo che sia tutto liscio il consenso di questo partito, specialmente sul territorio, rispetto a questa proposta, così come ha fatto con onestà, debbo dire, il rappresentante di Rifondazione comunista, che ha detto in aula il punto di vista dei suoi rappresentanti in sede locale e questo vale per i Comunisti italiani e i Verdi.

Credo che su questa questione, al di là dei legami e degli interessi diessini, la parte del Consiglio che non si riconosce in questa logica debba esprimere un dissenso pieno, accettando l’emendamento che depenna queste tre righe legate alla sperimentazione dal piano sanitario.

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

**CESARE PROCACCINI.** Noi esprimiamo due coerenze, una politica e una nel merito delle questioni. Forse siamo gli unici ad avere questa prerogativa, in questa discussione e in altre, perché abbiamo cercato di avere una posizione regionale ed una nelle località. Anche nel merito di Sassocorvaro esprimiamo

questo punto di vista, cioè sul territorio, pur con le critiche necessarie, abbiamo espresso assenso a un’ipotesi di sperimentazione e così facciamo oggi, per due motivi sostanziali. In primo luogo perché l’aggancio al D. Lgs. 229 in realtà è un fatto positivo, perché quel decreto del 1999, noto come “decreto Bindi” garantiva la maggioranza pubblica, ad esempio per le fondazioni o gli istituti di ricerca, quindi, per analogia, anche le forme di sperimentazione. Non siamo nella fase selvaggia della privatizzazione della sanità che il Governo porta avanti. In secondo luogo dobbiamo dire che quel decreto legge, pur dentro una logica di governo dell’aziendalizzazione, tuttavia poneva dei punti fermi che oggi appaiono rivoluzionari, perché tornava a parlare di unità sanitarie locali, perché tornava a parlare di maggioranze pubbliche. Per la verità, già oggi, in queste ore concrete in cui noi discutiamo, gran parte di una branca importantissima della sanità regionale è privatizzata. Mi riferisco alla riabilitazione. Ecco perché dobbiamo fare una valutazione di tipo complessivo e io credo che la formulazione così come viene scritta, sia nella forma originaria, sia nell’emendamento di cui parliamo, corrisponda a mantenere una sanità pubblica. E’ in questa visione che i Comunisti italiani non fanno alcuno sforzo a votare a favore del piano sanitario e della parte in discussione.

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

**CARLO CICCIOLI.** Credo che effettivamente il collega del nostro gruppo che ha posto il problema della coerenza, abbia toccato un argomento rilevante, perché è vero che la politica è diventato un fatto estremamente pragmatico, flessibile, addirittura elastico, però il “valoroso militante marxista-leninista subcomandante Procaccini”, può accettare una privatizzazione strisciante, così come l’“intransigente ambientalista” D’Angelo? Mi sembra che qui può accadere di tutto.

Io ho ascoltato, durante la dichiarazione di voto sulla proposta di riordino delle aziende, la dichiarazione assolutamente coerente di qualcuno che ha detto “io sono contrario, ma coerentemente la voto”.

Credo che non ci possano essere due morali, una che va bene a volte e un'altra che va bene altre volte. Se avete sostenuto che questo mix di privato, pubblico, convenzionato e via di seguito non va bene da nessuna parte, perché deve andare bene solo in quel luogo? O estendiamo dappertutto, in maniera omogenea questo dato, oppure qual è il mix che in una certa area permette questa sperimentazione? Qui c'è un insieme di "valorosi commissari del popolo", altrettanto valorosi "esponenti di grembiulini", di vari tipi, di logge e altre cose, perché questo è il mix che c'è. Lì c'è una strana commistione con nomi e cognomi, con persone, quindi la coerenza deve essere una cosa non estensibile.

Convintamente diciamo che questa è una cosa che va allargata, tirata, modificata secondo le convenienze che vi sono nella singola località, nella singola situazione, addirittura nella singola persona, adattate a persone singole dell'ambito di un piano e questo non ci va, quindi siamo convintamente contrari.

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

**ANDREA RICCI.** Consiglierei ai colleghi del Polo, in modo particolare ai presidenti dei gruppi di An e Forza Italia un po' più di moderazione nei richiami alla coerenza. Bisogna che questi richiami li facciate un po' più sottovoce e vi spiego perché. In primo luogo perché la vostra politica a livello nazionale e la vostra ideologia tutta intrisa di neoliberalismo è un continuo inno al privato superiore al pubblico. In secondo luogo, più modestamente, voglio ricordare che se nel testo presentato in aula compare questa frase, è grazie all'astensione decisiva dei rappresentanti del Polo in Commissione. Sarà stato un vostro errore, una vostra sottovalutazione, non voglio infierire, però vi chiedo soltanto di non ululare o abbaiare troppo, su questo, nei richiami alla coerenza, altrimenti uno è costretto a dirle, queste cose.

Da questo punto di vista noi siamo pienamente coerenti...

**GILBERTO GASPERI.** Dicci però come è andato il voto in Commissione.

**ANDREA RICCI.** In Commissione, purtroppo c'è stato soltanto il mio voto, su questo.

**GILBERTO GASPERI.** Come ha votato il presidente della Commissione?

**ANDREA RICCI.** Gasperi, probabilmente è l'ora tarda che ti fa un po' "sbroccare". Il presidente della Commissione ha votato contro la sperimentazione ed è stato l'unico voto in Commissione dato contro la sperimentazione.

Dal nostro punto di vista siamo pienamente coerenti, perché abbiamo criticato il D. Lgs. 229 su uno dei punti centrali della nostra critica, che non riguardava tutto il decreto 229 a livello nazionale, allora. Siamo all'epoca del Governo di centro-sinistra, una parte di questo decreto è stato preparato quando Rifondazione appoggiava la maggioranza, anche se è stato promulgato dopo. Uno dei motivi della nostra critica era anche questo: che apriva comunque una strada, sia pur parziale, limitata, a forme sperimentali di gestione pubblico-privato. Siamo stati coerenti sul territorio, perché addirittura siamo usciti, come partito, dalla Giunta della Comunità montana contro questa ipotesi, continuiamo a essere coerenti in Consiglio regionale. Non è che urliamo la nostra coerenza, non occorre urlarla, l'importante è manifestarla sempre, in ogni occasione. Giannotti mi accusa continuamente di essere il "gendarme della maggioranza", probabilmente per lui è un'offesa. Deve capire che per chi fa parte della maggioranza, questo può essere un complimento. Quindi inviterei il consigliere Giannotti, che è anche presidente del gruppo di Forza Italia a fare un po' più il sorvegliante del proprio gruppo, per evitare quello che è successo in Commissione.

**PRESIDENTE.** Ha la parola l'assessore Melappioni.

**AUGUSTO MELAPPIONI.** Credo che bisogna rientrare nei termini di che cosa si intende fare in quella realtà. Intanto si intende mantenere una struttura di proprietà pubblica e fare una società mista pubblico-privato con priorità e maggioranza di tipo pubblico dove vengano a lavorare degli operatori che hanno un ruolo di

tipo privato. Quindi la parola “privato” ha un significato completamente diverso da quello che si intende quando si parla di sanità privata, cari colleghi dell’opposizione. Capisco che voi avete una coerenza nel mantenere un comportamento demagogico dall’inizio alla fine, ma la sanità privata come l’intende il ministro Sirchia, cioè che ognuno ha la possibilità di accesso in dipendenza da quanto ha pagato al sistema, è ben diversa da un servizio che vogliamo offrire ai cittadini nella logica della universalità e dell’accesso comune a tutti, quindi il concetto di privato che voi sbandierate su questo percorso non c’è assolutamente, è un modo diverso di dare un servizio sanitario che comunque viene dato a tutti, indipendentemente da tutto il resto.

PRESIDENTE. Prego di procedere alla votazione per appello nominale, a nome dei consiglieri Ciccioli, Giannotti e Pistarelli.

GABRIELE MARTONI, *Consigliere segretario*. Procedo alla chiama:

Donati	no
Favia	sì
Franceschetti	no
Gasperi	sì
Giannotti	sì
Grandinetti	assente
Luchetti	no
Martoni	no
Massi Gentiloni Silveri	assente
Melappioni	no
Minardi	no
Modesti	no
Mollaroli	no
Moruzzi	no
Novelli	sì
Pistarelli	sì
Procaccini	no
Ricci	sì
Rocchi	no
Romagnoli	sì
Secchiaroli	no
Silenzi	no
Spacca	no
Tontini	no
Trenta	assente
Viventi	assente
Agostini	no

Amagliani	sì
Amati	no
Ascoli	no
Avenali	no
Benatti	no
Brini	assente
Castelli	sì
Cecchini	sì
Ceroni	sì
Cesaroni	assente
Ciccioli	sì
D’Ambrosio	no
D’Angelo	assente

*Il Consiglio non approva*

PRESIDENTE. Subemendamento n. 316 bis/11.

CRISTINA CECCHINI. Chiedo la votazione per appello nominale a nome anche dei consiglieri Giannotti e Gasperi.

Qui c’è una strana ed errata valutazione rispetto a chi ha la chirurgia programmata 5 giorni e chi ce l’ha a 7, con un ragionamento poco scientifico, tutto legato ai chilometri e poco alla accessibilità all’ospedale di rete. La proposta che faccio è di 20 minuti e non 30 chilometri. Presento quindi un subemendamento in questo senso. Non ci sono differenze fra gli ospedali in cui la funzione chirurgica deve essere mantenuta. Sto parlando di Tolentino, Fossombrone. Non ha senso limitare la funzione di chirurgia programmata, qui siamo già alla chirurgia programmata e solo a quella. Quindi che risparmio c’è fra 5 e 7 giorni? C’è solo un voler infierire su territori e zone.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Giannotti.

ROBERTO GIANNOTTI. Questo emendamento riprende una delle proposte che avevamo formulato, come gruppo, relativamente all’operatività delle chirurgie, anzi ringrazio la collega Cecchini che ha avuto la sensibilità di presentare un subemendamento all’emendamento nostro cassato dalla presentazione del 316 bis. C’è poco da dire, se non ribadire il concetto di fondo che abbiamo detto, quello

che riguarda la necessità di tenere conto, oggettivamente, delle distanze chilometriche dalle zone interne della nostra regione agli ospedali di rete, nel decidere la sopravvivenza delle chirurgie negli ospedali di polo, perché il nodo di fondo è lì. Io ho l'impressione che la filosofia che sottintende a tutta la manovra sanitaria abbia prodotto questo topolino sul piano del risultato, anche se sarà un topolino che consentirà grandissimi risparmi, ma non so se a distanza di anni saremo fieri di quello che abbiamo fatto, perché oggi, con questa serie di atti noi mettiamo la parola fine in maniera soft a strutture ospedaliere che hanno rappresentato, per anni, un importantissimo riferimento di buona salute nel territorio della montagna e nelle zone interne della nostra regione.

PRESIDENTE. Prego di procedere alla votazione per appello nominale del subemendamento sostitutivo presentato dal consigliere Cecchini.

GABRIELE MARTONI, *Consigliere segretario*. Procedo alla chiama:

Donati	no
Favia	sì
Franceschetti	no
Gasperi	sì
Giannotti	sì
Grandinetti	assente
Luchetti	no
Martoni	no
Massi Gentiloni Silveri	assente
Melappioni	no
Minardi	no
Modesti	no
Mollaroli	no
Moruzzi	no
Novelli	sì
Pistarelli	sì
Procaccini	no
Ricci	no
Rocchi	no
Romagnoli	sì
Secchiaroli	no
Silenzi	no
Spacca	no
Tontini	no
Trenta	assente

Viventi	assente
Agostini	assente
Amagliani	no
Amati	no
Ascoli	no
Avenali	no
Benatti	no
Brini	assente
Castelli	sì
Cecchini	sì
Ceroni	sì
Cesaroni	assente
Ciccioni	sì
D'Ambrosio	no
D'Angelo	no

*Il Consiglio non approva*

PRESIDENTE. Emendamento 316 bis. Ha la parola il consigliere Pistarelli.

FABIO PISTARELLI. Mi è sembrato un de profundis quello che hanno detto i colleghi della maggioranza, perché questo centro-sinistra sta facendo una cosa che in 35 anni gli altri governi regionali non hanno mai fatto: la chiusura dei piccoli ospedali. L'abbiamo imbellettata con frasi più o meno d'effetto, in realtà siete caduti in ragionamenti che non reggono, perché non è con le frasi ad effetto che si dà prospettiva ad una struttura che già nelle premesse, nelle frasi che precedono quelle che ho definito ad effetto, si è visto ha avuto non una riqualificazione ma una definitiva ed assoluta chiusura per quanto concerne certe funzioni, le funzioni proprie di un presidio ospedaliero, quelle che devono essere per una struttura che si chiama "ospedale". Non sarà più questo, sarà altro e questo altro ci spaventa, perché abbiamo visto quelle cose che sono state svolte sottotraccia o manifestamente e che vengono un po' da lontano, non è tutto opera del centro-sinistra, è vero: anzi, dal 1995 ad oggi è stato solo l'effetto finale di un processo che era partito un po' prima, però abbiamo visto quello che hanno significato certe riconversioni o riqualificazioni, in giro. "Arriveranno poliambulatori, specialità ecc., daremo risposte": in realtà le risposte sono quelle di prendere l'auto e andare da un'altra parte. Queste sono

state le risposte a Corridonia, a Montecassiano, a Sarnano, a San Ginesio. I processi di riqualificazione sono stati questo, storicamente; questo saranno per il futuro e lo dite voi nelle prime parole che usate: "...si ritiene possa essere accelerato e portato a termine il processo di riqualificazione di queste strutture verso funzioni più appropriate...". Se un ospedale di rete non riesce a fare neppure percorsi dedicati di attività chirurgica a medio-bassa complessità, che ospedale di rete è? Stiamo dicendo che non ci saranno essere queste pre-condizioni atte a far sì che si garantiscano certe prestazioni. Qualcuno ha parlato di Potes... Che gran conquista abbiamo fatto: una Potes a Passo San Ginesio dove c'è un ambulatorio; è pronta l'auto che deve partire per l'ambulatorio. Che c'entra con l'ospedale? La Potes è la postazione di emergenza che doveva servire da rete per le strutture che dovevano in rete partire e garantire i venti minuti. I 20 minuti sono citati dalla direttiva che ha ispirato tutte le leggi sull'emergenza, compresa la nostra regionale. Qui invece inseriamo il chilometro, criterio oggettivo, dice Ricci. Ma oggettivo in che senso? Se io faccio 20 chilometri o 30 sulle Dolomiti non è la stessa cosa che farli in superstrada da Tolentino a Civitanova o da Fano a Pesaro. Pertanto, oggettivo il chilometro è solo per la quantità di metri o di terra che tu devi andare a calpestare, ma non per la questione della sede disagiata, che ha problematiche di raggiungimento di certe strutture o di certi servizi.

Siamo nell'ambito di un'altra cosa, di una impostazione tutta politica, infatti si usa il "politichese", non termini che riguardano cose effettivamente certe e scientifiche, per dire questo. Non ci nascondiamo dietro un dito, lo dico anche con preoccupazione, perché io ritengo che questa non sia la strada e con me ci sono tanti documenti che dicono la stessa cosa: se chiuderemo tutti i poli faremo poco risparmio, lo dicono i sindacati e l'ho detto anche in sede di discussione generale; se li lasciamo così il risparmio, forse, nemmeno verrà. Voi dite "ci preoccupiamo della qualità". Benissimo, chi discute sulla qualità? Ma ditemi voi: si salvaguarderà la qualità in questo senso, quando si accentreranno le funzioni? Voi dite "per quanto

riguarda le funzioni chirurgiche, queste dovranno anzitutto essere sviluppate nella logica di integrazione professionale e organizzativa delle équipes chirurgiche centrali (aziende ospedaliere e ospedali di rete)". Allora, garanzia? Se tu non paghi il dirigente medico e non lo lasci lì... L'effetto è che il bravo professionista fa avanti e dietro 3-4 volte, ma alla quinta dice "io faccio un'altra cosa". Le abbiamo fatte queste sperimentazioni: Jesi-Cingoli. Partivano gli aiuti da Jesi per andare a Cingoli per 4-5 mesi, poi il sesto mese non ce le facevano a garantire i turni, ma non ce la facevano professionalmente, non è una cosa che ti stimola e ti incentiva.

Comunque ne ripareremo. E' con preoccupazione che lo dico, però il piano ci impone una verifica, quindi faremo una verifica da qui ad un paio d'anni e vedremo come andrà. Purtroppo quello che è scritto significa che non ci saranno più autonomie, perciò incentivi a fare qualità, a elevare le proprie capacità, il proprio impegno professionale e personale. Ci saranno disincentivi che significheranno tanto di penalizzazione per il nostro territorio e per i nostri concittadini, soprattutto quelli delle zone disagiate che non saranno sicuramente garantiti. Mi auguro che questo non sia, ma la strada è segnata da questo emendamento 316 bis.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Ciccioli.

CARLO CICCIOI. Non aggiungo altro a ciò che ha detto Pistarelli in termini di contenuto specifico, perché avendo lui seguito tutto il piano in Commissione, è entrato nei dettagli. Il senso politico è che sostanzialmente andiamo ad approvare due documenti, uno già votato, quello del riordino delle strutture aziendali delle Asl per accentramento, e uno, quello degli ospedali, per accentramento. Andiamo a una politica di fortissimo accentramento, che è l'inverso di quello che doveva essere una volta. Noi ripercorriamo, dopo qualche decennio, le politiche che qualche tempo fa dovevano essere inverse. E' chiaro ciò che si dice sempre, che Sirchia ripete che bisogna fare le eccellenze e le eccellenze non possono essere dappertutto, però c'è anche l'altro aspetto: che se uno accentra in

poli, dal punto di vista territoriale, poco raggiungibili, sostanzialmente si viene ad eliminare una funzione sanitaria. Questo è un dato sempre più frequente nei piccoli paesi, dove, alla lunga, dove non c'è più una struttura sanitaria presente è vero che la struttura vicariante diminuisce il numero delle prestazioni e le prestazioni sarebbero più "qualificate", ma è anche vero che ci sono meno persone che vanno a fare prestazioni di cui avrebbero bisogno, cosa che accade.

Una statistica interessante è che arrivano sempre più frequentemente neoplasie all'attenzione dei sanitari, in stato avanzato. Bisogna chiedersi perché questo accade: perché molto spesso sfugge all'osservazione di personale specialistico e anche all'attenzione del personale medico di base, un segnale, un sintomo che ci sarebbe stato bisogno di evidenziare e che invece, non evidenziato e trascurato, dopo un po' di tempo giunge, oggi, con un periodo più largo di manifestazione rispetto al passato, segno questo che, evidentemente, qualcosa non funziona nel meccanismo di intercettazione precoce delle patologie.

In maniera convinta dico che sicuramente il disegno complessivo della sanità oggi era da rivedere ed è da rivedere, ma non attraverso la neutralizzazione e la sterilizzazione di tutti i punti avanzati di fornitura di servizi sanitari.

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

**ROBERTO GIANNOTTI.** Questo è l'atto di morte dei piccoli ospedali della regione (*Interruzione*). Questa è la seconda perla della vostra gestione. Avete commesso due errori madornali e plateali. Avete prelevato dalle tasche dei marchigiani troppo rispetto agli sprechi che avete fatto e avete destrutturato il sistema sanitario marchigiano, che per certi versi aveva comunque rappresentato un punto di riferimento oggettivo. E' una scelta. Io ho sempre detto che questo è il cuore vero della riforma, cioè il piano sanitario ha due chiavi di lettura. Una è la scelta di chiusura delle chirurgie e la scelta del progressivo smantellamento degli ospedali minori, l'altra quella di non aver voluto affrontare concretamente il problema

delle aziende ospedaliere, mantenendo da una parte le alte specialità di eccellenza, dall'altra avviando un processo concreto di riequilibrio territoriale delle attività ospedaliere. Sono convinto che risparmierete e se questo progetto arriverà a conclusione con la chiusura di tantissimi ospedali, probabilmente riuscirete a realizzare quel risparmio economico che è la risposta ad un bisogno che avete: il deficit della spesa sanitaria era talmente alto, che questo era l'unico modo per arrivarci. Però oggi avete avviato la liquidazione di un patrimonio di strutture, di esperienze importantissimo. Mi dispiace che su questo piano Ricci, sempre nella logica del "gendarme della Giunta" si sia prestato a questa operazione rispetto ad una cosa che lui stesso ritiene immorale, perché se Ricci avesse potuto votare in libertà, senza costrizioni politiche, probabilmente avrebbe votato come la Cecchini e come i partiti della Casa delle libertà. Nel merito è inutile, la scelta delle "chirurgie mobili", perché questo è il succo, è la scelta di andare a destrutturare il cuore della struttura ospedaliera. Un ospedale senza chirurgia non ha senso, così come non ha senso l'altra scelta, che corre di pari passo alla chiusura delle chirurgie, che è la unificazione delle medicine per la lungodegenza.

Sulla sperimentazione mi viene solamente da sorridere. So che il presidente della Comunità montana si è scandalizzato per il mio riferimento ai "grembiulini" e ai potentati politici. Io ho detto che è riuscito ad affermarsi chi ha potuto mettere in campo protezioni politiche ad alto livello. Probabilmente anche questa la pagheremo cara rispetto ad una sperimentazione priva di contenuti, rispetto ad una sperimentazione che non è stata definita nei particolari, perché sfido chiunque, compreso il Presidente D'Ambrosio a parlarci con dati reali del tipo di società che si intende mettere in campo, del tipo di coinvolgimento del privato, del tipo di responsabilità che il pubblico assume in questa vicenda.

Il quadro della mia provincia è tragico, colleghi consiglieri, e mi meraviglio che i miei colleghi della provincia di Pesaro votino, alla fine, queste scelte. Abbiamo deciso la chiusura dell'ospedale di Fossombrone, il dato politico di fondo è che in questo contesto l'ospedale di

Fossombrone chiude. Abbiamo deciso una sperimentazione immorale dell'ospedale di Sassocorvaro dopo che ci siamo garantiti la copertura politica. Abbiamo chiuso il punto nascita dell'ospedale di Novafeltria, cioè a Novafeltria non si può più nascere. Abbiamo salvato con un *escamotage*, dandogli il contenuto, gli ospedali di Cagli protetto dal presidente del Consiglio e di Pergola protetto dal consigliere Luchetti. Se questo è un risultato positivo per la sanità della provincia di Pesaro tenetevolo, perché questo emendamento io non lo voto, così come non voterò questo piano.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Cecchini.

CRISTINA CECCHINI. E' un passaggio troppo importante per non utilizzare ancora una parte del nostro tempo. D'altronde tutto il piano ha alcuni snodi decisivi che sono il vincolo economico, le eccellenze, gli ospedali di polo. Con fatica arriviamo a questa discussione e vale la pena sottolineare l'operazione che c'è dietro il lavoro che abbiamo fatto. Di una cosa sono sicura: che non potevamo mantenere l'attuale situazione degli ospedali di polo così come si era costruita e determinata in questi mesi e in questi anni. Se prendiamo un ospedale — cito Cagli perché ho i dati aggiornati a ieri, ma posso parlare anche di Pergola, Tolentino, Sant'Elpidio a Mare — a caso vediamo che la sofferenza con la quale si gestiscono le guardie, la reperibilità, i turni normali, le ferie, dimostra la necessità di una scelta dentro il piano sanitario, che andasse o nel modo di potenziare tecnologie e personale, pensando di drenare nei poli ospedalieri una parte della domanda ospedaliera che c'è nei cittadini, o andare a uno smantellamento. Io avrei preferito che ci fosse stata la prima scelta rispetto alla seconda. C'è qualcosa che mi sfugge nel cogliere la serenità con la quale si sta facendo questa operazione, rispetto alla quale sono molto meno serena, perché ritengo che stiamo facendo dei danni all'entroterra marchigiano, ma sicuramente bisogna dare la coerenza di una scelta, è stata fatta una scelta, non potevamo non farla, perché la condizione degli ospedali di polo era di vera sofferenza. Credo che alla luce di quello che

l'assessore sempre dice — perché ci parla di appropriatezza — per le funzioni ospedaliere, anche dal punto di vista chirurgico, non c'è più appropriatezza negli ospedali di rete che in quelli di polo e questi sono i dati dell'agenzia sanitaria regionale. Quindi è una scelta tutta politica quella che avete fatto, perché non è che lì ci sono interventi inappropriati e invece negli ospedali di rete si fanno interventi appropriati, lo dicono i dati dell'agenzia sanitaria, il dato è identico, anzi un punto a favore degli ospedali di polo.

Qui si va alla seconda scelta, quella dello smantellamento. Spero solo una cosa: che siccome ci diamo, al punto 3.1.7.2 la possibilità di rivedere, è vero che abbiamo dato criteri nei piani provinciali che devono essere inviati alla Giunta regionale, piani ben definiti, perché si dice che in ogni provincia bisogna dire chi ha 5 e chi ha 7, però io ho la speranza che, se dovessi avere ragione io o quelli che la pensano come me, sono convinta che avremo modo di ridiscutere, perché i sei mesi si aprono da questa sera in avanti, quindi vediamo. Io credo che abbiamo fatto un grande danno. Qualora fosse così abbiamo la possibilità di rivedere questa scelta e penso che sarebbe un atto serio se la Giunta regionale fra sei mesi, qualora si verificassero le questioni sollevate in quest'aula rivedesse questa scelta, perché nulla è peggio che persistere in una scelta sbagliata.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Castelli.

GUIDO CASTELLI. Dall'inizio di questa manovra sanitaria chiedevo all'assessore Melappioni dove si sarebbero presi i soldi necessari a evitare il famoso trend storico e ora lo sappiamo. Finalmente sappiamo che per evitare che nel 2005 ci siano 428 milioni di euro di disavanzo si è agito in due maniere: sugli ospedali di polo e sulla famosa gestione del patrimonio immobiliare. Ha ragione Cristina Cecchini quando dice "ce lo potevate dire prima", sarebbe stato più chiaro, più coerente, legittimo, avreste probabilmente risparmiato anche a voi stessi lo psicodramma di una rottura che fino a che non abbiamo approvato questo emendamento poteva sembrare addirittura



ingiustificata, perché noi dicevamo “siete arrivati a far implodere la sinistra senza una apprezzabile scelta draconiana”. Ora la scelta draconiana c’è, può quindi avere una giustificazione l’implosione del sistema della sinistra, quello che succederà lo vedremo, ma quello che voglio alla fine evidenziare è che probabilmente, anche sotto il profilo di quella che sarà la risultante di questa serie incessante di lavori avremo una situazione molto caotica perché le direttrici sono precise, ma la scelta che sul riordino sanitario ha visto il famoso differimento in due anni, probabilmente porterà a un rischio di disordine generalizzato che sarà comunque difficile gestire secondo una logica di offerta sanitaria qualitativa, perché poi il grande assente di questa discussione è proprio l’offerta sanitaria del futuro. Probabilmente non c’erano le condizioni per farla, probabilmente i tempi, le finanze non ce lo potevano consentire, ma oggi abbiamo davvero di fronte una prospettiva estremamente oscura, estremamente opaca, in cui sappiamo sicuramente ciò che non ci sarà più nel servizio sanitario regionale, ovvero la funzionalità degli ospedali di polo, senza però sapere cosa o come riuscirà a garantire quello che comunque l’ospedale di polo fino ad oggi ha garantito. Quindi c’è anche un discreto salto nel buio che per il bene della sanità marchigiana auspichiamo possa in qualche modo essere colmato.

PRESIDENTE. Ha la parola l’assessore Melappioni.

AUGUSTO MELAPPIONI. Quando i colleghi dell’opposizione dicono che noi chiudiamo i piccoli ospedali credo che sono in buona fede, per molti motivi. Intanto perché lo hanno fatto in altre regioni, a cominciare dalla Lombardia e dalla Puglia, poi perché rispettano quello che dice il piano sanitario nazionale approvato dal Governo Berlusconi alcuni giorni fa: per loro un piccolo ospedale sotto casa non è più una sicurezza in quanto spesso non può disporre delle attrezzature e del personale che consentono cure moderne e tempestive. Quindi, nella loro logica è evidente che gli ospedali di polo si chiudono. Noi abbiamo trovato una “via marchigiana” alla risoluzione

dei problemi di polo, perché nell’ottica della rete, nell’ottica delle priorità delle problematiche, nell’ottica della qualità abbiamo trovato una risposta che tiene insieme una marchigianità e un percorso di rispetto nei confronti di alcune zone. Non sono invece oggettivi e corretti quando richiamano il secondo piano sanitario, al cui interno due elementi non hanno detto: che il percorso di trasformazione degli ospedali di polo in un’ottica più vicina al territorio che alle funzioni ospedaliere era già prevista; che il percorso di transizione doveva tener presente un meccanismo di attivazione del sistema dell’emergenza che prima non c’era e che quindi pretendeva, in quel momento, quel tipo di progettazione, lasciando a un momento successivo — quando il sistema dell’emergenza territoriale era completo o pressoché completo — l’opportunità di riallineare soprattutto la funzione di chirurgia e soprattutto quella dell’emergenza. Proprio su questa questione dell’emergenza inviterei i colleghi a leggere un bel lavoro fatto per quanto riguarda i postumi dell’infortunistica stradale dell’Emilia Romagna, dove è chiaro che i postumi di soggetti che hanno avuto una prima risposta in piccoli ospedali sono molto più gravi rispetto a chi è andato subito nell’ospedale di rete. Questo in una logica di riallineare sull’emergenza.

Concordo fortemente con quanto hanno detto prima i colleghi della maggioranza, quindi un altro paio di riferimenti. Uno al collega Ciccioli sulla questione delle statistiche. Io la conosco quella statistica, proprio perché questi lavori mi interessano. Quella statistica dice che le patologie oncologiche arrivano tardi dove c’è un distacco fra le strutture ospedaliere e il territorio ed è proprio quello che avviene dove gli ospedali di polo non svolgono una funzione di integrazione con il sistema territoriale, quello che vogliamo fare noi, ma sono rimasti chiusi dentro una logica ospedaliera vecchia e superata. (*Interruzione*). C’è scritto: dove fanno la funzione di cuscinetto fra la funzione ospedaliera e la funzione territoriale, quella che vogliamo far fare agli ospedali di rete.

Poi c’è il richiamo della collega Cecchini sulla questione dell’appropriatezza. Basterebbe vedere quello che è venuto fuori nel momento in cui siamo andati a guardare i Drg che dove-

vano avere un percorso diverso rispetto a quello del ricovero ordinario. Proprio lì si vede che c'è una percentuale fortemente diversa fra i piccoli ospedali, quelli di rete e gli ospedali aziende ospedaliere, proprio a dimostrare che l'appropriatezza è quello. Per noi appropriatezza significa stare dentro un certo percorso.

Credo che alla luce di tutti questi elementi noi mettiamo a disposizione del “sistema marche” una realtà dimensionale ospedaliera molto più integrata, molto più funzionale, che favorisce i professionisti che si ritengono tali, indipendentemente dall'ospedale in cui lavorano, proprio perché prima era strozzati, negli ospedali periferici che hanno grosse capacità. Questa possibilità della rete consentirà agli ospedali di rete stessi di lavorare meglio, proprio perché l'ospedale di polo diventa polmone di espansione rispetto alle loro esigenze, quindi anche con percorsi da parte dei cittadini, al contrario dall'ospedale di rete all'ospedale di polo.

REMIGIO CERONI. Chiedo la verifica del numero legale.

PRESIDENTE. Viene chiesta la verifica del numero legale e viene anche chiesta la votazione per appello nominale da parte dei consiglieri Giannotti, Favia e Ceroni.

GABRIELE MARTONI, *Consigliere segretario*. Procedo alla chiama:

Donati	presente
Favia	assente
Franceschetti	presente
Gasperi	assente
Giannotti	assente
Grandinetti	assente
Luchetti	presente
Martoni	presente
Massi Gentiloni Silveri	assente
Melappioni	presente
Minardi	presente
Modesti	presente
Mollaroli	presente
Moruzzi	presente
Novelli	assente
Pistarelli	assente
Procaccini	presente

Ricci	presente
Rocchi	presente
Romagnoli	assente
Secchiaroli	presente
Silenzi	presente
Spacca	presente
Tontini	presente
Trenta	assente
Viventi	assente
Agostini	presente
Amagliani	presente
Amati	presente
Ascoli	presente
Avenali	presente
Benatti	presente
Brini	assente
Castelli	assente
Cecchini	assente
Ceroni	presente
Cesaroni	assente
Ciccioni	assente
D'Ambrosio	presente
D'Angelo	presente

PRESIDENTE. Il numero legale sussiste. Prego di procedere alla votazione per appello nominale dell'emendamento 316 bis.

GABRIELE MARTONI, *Consigliere segretario*. Procedo alla chiama:

Donati	sì
Favia	assente
Franceschetti	sì
Gasperi	assente
Giannotti	no
Grandinetti	assente
Luchetti	sì
Martoni	sì
Massi Gentiloni Silveri	assente
Melappioni	sì
Minardi	sì
Modesti	sì
Mollaroli	sì
Moruzzi	sì
Novelli	no
Pistarelli	no
Procaccini	sì
Ricci	sì
Rocchi	sì
Romagnoli	no

Secchiaroli	sì
Silenzi	sì
Spacca	sì
Tontini	sì
Trenta	assente
Viventi	assente
Agostini	sì
Amagliani	sì
Amati	sì
Ascoli	sì
Avenali	sì
Benatti	sì
Brini	assente
Castelli	no
Cecchini	no
Ceroni	no
Cesaroni	assente
Ciccioli	no
D'Ambrosio	sì
D'Angelo	sì

*Il Consiglio approva*

Emendamento n. 325 bis. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio approva*

Emendamento n. 326. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 326 bis. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio approva*

Emendamento n. 329. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 331. Ha la parola il consigliere Novelli.

SERGIO NOVELLI. Questi emendamenti sono per una resipiscenza del Consiglio, perché il riferimento alle nuove aziende ospedaliere era in relazione a una logica che si pensava il

Consiglio potesse estendere, al di là di quanto fatto per l'azienda San Salvatore di Pesaro e che, con coerenza, avrebbe potuto essere portato anche al di là, confidando che fosse il piano lo strumento per andare a localizzare le varie situazioni.

Da questo punto di vista il piano è ancora lo strumento di programmazione per cercare di riportare verso l'azionalizzazione una serie di situazioni per cui il presidio è sostanzialmente insufficiente a garantire quello che abbiamo detto anche per gli altri emendamenti. L'affermazione dell'assessore Melappioni sulla volontà di fare delle strutture un cuscinetto, necessariamente attraverso la ricerca di funzioni che vanno al di là della sola lungodegenza e che assicurino almeno le funzioni laboratoriali di una struttura ospedaliera più complessa e completa, da questo punto di vista non supera la questione di ripristinare anche la possibilità di azionalizzare i presidi che devono svolgere funzione di avvicinamento della sanità al territorio. Per questo manteniamo l'emendamento 331.

PRESIDENTE. Il 331 l'avevamo già votato, comunque lo pongo nuovamente in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 332. Ha la parola il consigliere Pistarelli.

FABIO PISTARELLI. Il punto 12 bis inserito in sede di Commissione è uno dei passaggi qualificanti di questo piano, poi in che senso qualificante sarà giudizio che daremo nel futuro.

Con questo emendamento chiediamo di aggiungere "aventi funzioni di aziende ospedaliere", poi "derivanti dalla fusione dei presidi ospedalieri esistenti". C'è un salto di qualità che deve essere fatto nella questione dei nuovi presidi, perché o facciamo una linea di programma futura che guarda veramente in avanti, oppure dobbiamo anzitutto completare quello che abbiamo. Non è possibile sovrapporre le due questioni, perché se non completiamo quello che abbiamo non possiamo parlare di

nuovo, a meno che parliamo di nuovo alto, cioè quel livello che ci permette il policentrismo e che ci permette di parlare di aziende ospedaliere alte, che hanno la capacità e il compito di reggere tutta una serie di funzioni e di essere effettivamente perno. Tutto questo sì, però per le questioni alte, altrimenti ci sono delle priorità. Ecco perché crediamo questa aggiunta.

REMIGIO CERONI. Chiedo la votazione per appello nominale a nome anche dei consiglieri Favia e Ciccioli.

PRESIDENTE. Prego di procedere alla votazione per appello nominale.

GABRIELE MARTONI, *Consigliere segretario*. Procedo alla chiama:

Amagliani	no
Amati	assente
Ascoli	no
Avenali	no
Benatti	no
Brini	assente
Castelli	assente
cecchini	assente
Ceroni	assente
Cesaroni	assente
Ciccioli	sì
D'Ambrosio	no
D'Angelo	no
Donati	assente
Favia	sì
Franceschetti	no
Gasperi	assente
Giannotti	assente
Grandinetti	assente
Luchetti	no
Martoni	no
Massi Gentiloni Silveri	assente
Melappioni	assente
Minardi	no
Modesti	no
Mollaroli	no
Moruzzi	no
Novelli	sì
Pistarelli	sì
Procaccini	no
Ricci	no
Rocchi	no

Romagnoli	sì
Secchiaroli	no
Silenzi	no
Spacca	no
Tontini	no
Trenta	assente
Viventi	assente
Agostini	no

*Il Consiglio non approva*

PRESIDENTE. Subemendamento OO333. Ha la parola il consigliere Romagnoli.

FRANCA ROMAGNOLI. Visto che sono due anni che il Comune di Montegranaro chiede il parere a questa Regione su uno studio che ha depositato con tutte le indicazioni della possibilità di attivazione della “clinica del piede”, una cosa originale e non esistente nella nostra zona, che risolverebbe il problema della riconversione di quell’ospedale e che vede coinvolti imprenditori, il Comune, anche privati, chiediamo... (*Interruzione*). La struttura non è privata. Privati, caso mai, sono coloro che ci mettono i soldi e che aiutano la Regione che invece mi pare di capire non ci metterà niente. Comunque verrebbe a realizzare quello che voi chiedete, cioè l’avvenuta riconversione di tutte le strutture ospedaliere di polo, cosicché si potrebbe semplificare il quadro per qualcun altro. Qui non si chiede di valutare la positività o meno del progetto, si chiede di consentire che la Giunta avvii uno studio di fattibilità di quello che da due anni il Comune di Monte Urano, tra l’altro concordato con il direttore generale precedente, proseguito con Sebastiani, vuol portare avanti.

La valutazione “privati” o “non privati” la farà la città di Montegranaro che a questa prospettiva ha ancorato tutto il suo futuro, cosicché si troverà, probabilmente, a non avere la “clinica del piede”, visto che siete contrari, ma ad aver perso il treno per mantenere — forse siamo ancora in tempo, visto che questo piano non ha indicato nomi di ospedali di supporto — quelle funzioni che diversamente perderebbe, tipicamente ospedaliere.

PRESIDENTE. Pongo in votazione il subemendamento.

VII LEGISLATURA — SEDUTA N. 143 DEL 25 GIUGNO 2003

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 333. Ha la parola il consigliere Pistarelli.

FABIO PISTARELLI. Ritengo di averlo già illustrato nell'intervento precedente. Ritengo non sia cosa insensata e inutile, perché parliamo del 12 bis.

Chiedo la votazione per appello nominale a nome anche dei consiglieri Ciccioli e Romagnoli.

PRESIDENTE. Prego di procedere alla votazione per appello nominale.

GABRIELE MARTONI, *Consigliere segretario*. Procedo alla chiama:

Amagliani	no
Amati	assente
Ascoli	no
Avenali	no
Benatti	no
Brini	assente
Castelli	assente
cecchini	no
Ceroni	sì
Cesaroni	assente
Ciccioli	sì
D'Ambrosio	no
D'Angelo	no
Donati	assente
Favia	assente
Franceschetti	no
Gasperi	assente
Giannotti	assente
Grandinetti	assente
Luchetti	no
Martoni	no
Massi Gentiloni Silveri	assente
Melappioni	no
Minardi	no
Modesti	no
Mollaroli	no
Moruzzi	no
Novelli	sì
Pistarelli	sì
Procaccini	no
Ricci	no
Rocchi	no

Romagnoli	sì
Secchiaroli	no
Silenzi	no
Spacca	no
Tontini	no
Trenta	assente
Viventi	assente
Agostini	no

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 334. Ha la parola il consigliere Pistarelli.

FABIO PISTARELLI. A pag. 112, dodicesima riga, troppe frasi che vogliamo sopprimere e chiediamo la votazione per appello nominale a nome anche dei consiglieri Novelli e Romagnoli.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Cecchini.

CRISTINA CECCHINI. Vorrei capire meglio dalla Giunta regionale di cosa stiamo parlando. Stiamo parlando solo di Osimo? Della fusione del polo del Piceno? Del nuovo ospedale di Pesaro? Bisogna che qualcuno parli. Sarebbe bene che il Presidente — l'assessore è forse stanco, ormai — dicesse su cosa si esplora. Se devo dichiararmi, io sono sempre stata d'accordo sul fatto che gli ospedali di Pesaro e Fano fossero nuovi e insieme. Nel precedente piano avevamo scritto in questo modo, su emendamento, allora, di Cecchini e Mascioni, poi la programmazione sanitaria è andata in tutt'altra direzione e questa Giunta non ha fatto niente per rispettare quel piano. Adesso vedo "nuovi presidi ospedalieri". Parliamo di quello, dopo avere speso 50 miliardi in un altro modo? Ci vuole chiarezza, perché non è una questione secondaria. Parliamo di unificare Ascoli Piceno? Bisogna che qualcuno dica a che punto siamo. San Benedetto e Ascoli unificati in un nuovo ospedale: dove, come, perché? Parliamo di Osimo? L'abbiamo già detto. Per questo restano in piedi Loreto e Recanati. Non è possibile che mettiamo frasi generiche nelle quali è difficile sia ritrovarsi che votare contro, quindi chiedo alla Giunta di relazionare sul punto e

poi, eventualmente, ci si può esprimere, sia su Pesaro, sia su Ascoli Piceno, sia su Osimo, altrimenti voto nominale su cosa?

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Novelli.

SERGIO NOVELLI. Voto favorevolmente l'emendamento, anche se alcune perplessità espresse dalla collega Cecchini si pongono. La rimozione delle due righe sembra opportuna, anche perché credo che ci sia una oggettiva incoerenza nella gestione complessiva del piano. La valutazione sulla previsione dei contratti di fornitura degli ospedali andrebbe letta in una logica di programmazione. Nel piano di riordino si è detto che il compito, in prima istituzione, della Asur, sarà principalmente quello di gestire una normalizzazione e razionalizzazione dei servizi. Dire che tutti gli ospedali dovranno perfezionare i contratti di fornitura senza indicare i parametri a cui i contratti di fornitura dovranno corrispondere è sicuramente una semplice mozione di affetti che non ha alcun contenuto precettivo. Sarebbe più sensato dire quali sono i criteri in ordine ai quali ispirare questa contrattualistica. Sembra poi che dire che tutti gli ospedali devono programmare una gestione, laddove si è istituito un organismo finalizzato a coordinare servizi, spese, integrazione, è un passaggio che non ha alcuna coerenza lasciare ai singoli ospedali, per cui mi sembra che sia sensato rimuovere questa frase che è finalizzata a fare un po' di fumus circa la volontà di mantenere un potere di scelta che gli ospedali neanche hanno.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Ciccioli.

CARLO CICCIOI. E' stato un errore, nella precedente votazione non approvare l'emendamento sottoscritto dal consigliere Pistarelli, un grave errore, perché infatti è evidente che la Giunta regionale deve porsi un progetto preciso per quanto riguarda il futuro dell'organizzazione ospedaliera nella sua localizzazione sul territorio. Il 12 bis, con la sua affermazione che avvia uno studio per esplorare la possibilità di realizzazione di nuovi presi-

di ospedalieri, si pone un problema reale, quello dell'unificazione di alcune aziende ospedaliere. Pesaro-Fano hanno una distanza di 6 chilometri come città, di 10 chilometri come plessi ospedalieri, quindi nell'economia di gestione un solo ospedale, come è stato detto anche da autorevoli esponenti sanitari dei due ospedali, ha un senso compiuto. Ma non si può non valutare gli investimenti che debbono essere fatti sulle strutture attualmente esistenti, che spesso sono carenti di impianti tecnologici essenziali, per riparare i quali si spendono in manutenzione straordinaria numerosi milioni.

Quindi l'emendamento del collega Ceroni cade quanto mai puntuale, perché sostanzialmente, togliendo questa frase ci mette nelle condizioni di non cadere nell'errore.

PRESIDENTE. Prego di procedere alla votazione per appello nominale.

GABRIELE MARTONI, *Consigliere segretario*. Procedo alla chiama:

Amagliani	no
Amati	assente
Ascoli	no
Avenali	no
Benatti	no
Brini	assente
Castelli	assente
Cecchini	sì
Ceroni	sì
Cesaroni	assente
Ciccioli	sì
D'Ambrosio	no
D'Angelo	assente
Donati	assente
Favia	sì
Franceschetti	no
Gasperi	assente
Giannotti	assente
Grandinetti	assente
Luchetti	no
Martoni	no
massi Gentiloni Silveri	assente
Melappioni	no
Minardi	no
Modesti	no
Mollaroli	no
Moruzzi	no

Novelli	sì
Pistarelli	sì
Procaccini	no
Ricci	assente
Rocchi	no
Romagnoli	sì
Secchiaroli	no
Silenzi	no
Spacca	no
Tontini	no
Trenta	assente
Viventi	assente
Agostini	no

*Il Consiglio non approva*

PRESIDENTE. La seduta è sospesa per cinque minuti.

**La seduta, sospesa alle 0,40,  
riprende alle 0,45**

PRESIDENTE. La proposta è di concludere rapidamente questa sera, votando gli emendamenti presentati dalla maggioranza e quattro della minoranza, concludendo la votazione su tutti gli emendamenti. Riprenderemo il Consiglio lunedì mattina semplicemente per dichiarazioni di voto e voto finale.

Ha la parola il consigliere Procaccini.

CESARE PROCACCINI. Propongo di andare avanti ad oltranza ed approvare il piano.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Ciccioli.

CARLO CICCIOI. Noi proponiamo di chiudere tutti gli emendamenti per rinviare a lunedì le dichiarazioni di voto e il voto finale, impegnandoci a contenere tutto nella mattinata, al massimo allungando fino alle 15.

PRESIDENTE. Pongo in votazione la proposta di concludere questa sera con la votazione degli emendamenti, riprendendo lunedì prossimo con le dichiarazioni di voto e la votazione finale.

*Il Consiglio approva*

Emendamento n. 339. Ha la parola il consigliere Pistarelli.

FABIO PISTARELLI. Questo emendamento riguarda il parere vincolante della Conferenza dei sindaci. Mi sembra un passaggio importante.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Castelli.

GUIDO CASTELLI. Abbiamo affrontato lo stesso argomento in occasione del piano di riordino e venne fuori un ordine del giorno che prevedeva che in caso di diniego della Conferenza dei sindaci... (*Interruzione*). Esatto. Nel caso in cui la maggioranza non fosse disponibile ad accogliere l'emendamento, vorremmo presentare un ordine del giorno di tenore analogo.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 342 bis. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio approva*

Emendamento n. 0343 bis. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio approva*

Emendamento n. 343 bis. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio approva*

Emendamento 361. Ha la parola il consigliere Pistarelli.

FABIO PISTARELLI. Vorremmo sostituire con "le attuali sedi", in un'unica espressione.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 363 bis. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 367. Ha la parola il consigliere Pistarelli.

FABIO PISTARELLI. Accanto ad ostetricia si aggiungono gli asterischi relativi a questa espressione “salvo eccezioni in area montana”, cioè le deroghe relative alle aree montante per i punti nascita, così fondamentali per la sopravvivenza di certi presidi ospedalieri.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento.

*Il Consiglio non approva*

Emendamento n. 367 bis. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio approva*

Emendamento n. 376 bis. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio approva*

Emendamento n. 381. Ha la parola il consigliere Ceroni.

REMIGIO CERONI. Mentre ho visto piani sanitari che introducono la carta dei servizi, nel nostro piano non se ne parla. E' una dimenticanza o un rifiuto ad adottarla?

PRESIDENTE. Ha la parola il Presidente D'Ambrosio.

VITO D'AMBROSIO, *Presidente della Giunta*. La carta dei servizi c'è già. Ogni Asl l'ha fatta o la sta facendo. Nella Asl 7 già c'è.

REMIGIO CERONI. Prevediamolo anche nel piano, in modo tale che i direttori generali per ogni azienda danno i tempi.

VITO D'AMBROSIO, *Presidente della Giunta*. Non c'è problema. Se non c'è si farà.

REMIGIO CERONI. Gradirei che fosse recepito l'emendamento.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento.

*Il Consiglio approva*

Subemendamento n. 383 bis. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio approva*

Emendamento n. 0389. Ha la parola il consigliere Moruzzi.

GIAN MARIO SPACCA, *Vicepresidente della Giunta*. Chiedo la votazione per appello nominale.

PRESIDENTE. Prego di procedere alla votazione per appello nominale.

GABRIELE MARTONI, *Consigliere segretario*. Procedo alla chiama:

Agostini	sì
Amagliani	sì
Amati	assente
Ascoli	sì
Avenali	sì
Benatti	sì
Brini	assente
Castelli	sì
Cecchini	sì
Ceroni	sì
Cesaroni	assente
Ciccioli	sì
D'Ambrosio	sì
D'Angelo	sì
Donati	assente
Favia	sì
Franceschetti	no
Gasperi	assente
Giannotti	assente
Grandinetti	assente
Luchetti	sì
Martoni	sì



---



---

 VII LEGISLATURA – SEDUTA N. 143 DEL 25 GIUGNO 2003
 

---

Massi Gentiloni Silveri	assente	Subemendamento 0392. Lo pongo in votazione.
Melappioni	sì	
Minardi	sì	<i>Il Consiglio approva</i>
Modesti	sì	
Mollaroli	sì	Emendamento 398. Lo pongo in votazione.
Moruzzi	sì	
Novelli	sì	<i>Il Consiglio non approva</i>
Pistarelli	sì	
Procaccini	sì	Abbiamo concluso il voto sugli emendamenti. La seduta è tolta. Riprenderà lunedì prossimo per le dichiarazioni di voto e la votazione finale.
Ricci	sì	
Rocchi	assente	<b>La seduta termina alle 1,00 del giorno 26.6.2003</b>
Romagnoli	sì	
Secchiaroli	sì	<hr/> <hr/> <i>IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO (DOTT.SSA PAOLA SANTONCINI)</i> <hr/>
Silenzi	sì	
Spacca	sì	<hr/> <hr/> <i>L'ESTENSORE DEL RESOCONTO (RENATO BONETTI)</i> <hr/>
Tontini	sì	
Trenta	assente	
Viventi	assente	

*Il Consiglio approva*

Emendamento 390. Lo pongo in votazione.

*Il Consiglio approva*