

## VII LEGISLATURA

# LVIII SESSIONE STRAORDINARIA

## RESOCONTO STENOGRAFICO

Martedì 22 luglio 2003

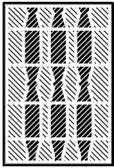
(antimeridiana)

Presidenza del Presidente Carlo LIVIANTONI

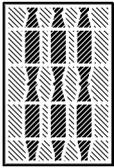
Vice Presidenti: Vannio BROZZI - Pietro LAFFRANCO

### INDICE

Presidente	pag. 1
<b>Oggetto N. 2</b>	
<b>Comunicazioni del Presidente del Consiglio regionale.</b>	<b>pag. 1</b>
Presidente	pag. 1
<b>Oggetto N. 533</b>	
<b>Piano Sanitario Regionale 2003/2005.</b>	<b>pag. 2</b>
Presidente	pag. 3, 11, 12, 20, 25, 32,



	44, 49, 50, 56
Bonaduce, <i>Relatore di maggioranza</i>	pag. 3, 11
Rossi, <i>Relatore di minoranza</i>	pag. 12
Crescimbeni, <i>Relatore di minoranza</i>	pag. 20
Zaffini	pag. 25, 49, 50
Modena	pag. 25
Lignani Marchesani	pag. 32
Donati	pag. 44
Pacioni	pag. 56



## VII LEGISLATURA

# LVIII SESSIONE STRAORDINARIA

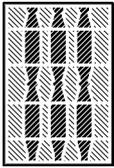
## RESOCONTO STENOGRAFICO

Martedì 22 luglio 2003  
(pomeridiana)

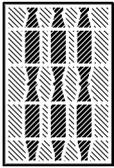
Presidenza del Presidente Carlo LIVIANTONI  
Vice Presidenti: Vannio BROZZI - Pietro LAFFRANCO

### INDICE

Presidente	pag. 58
<b>Oggetto N. 533</b>	
<b>Piano Sanitario Regionale 2003/2005.</b>	<b>pag. 58</b>
Presidente	pag. 58, 64, 69, 74, 78, 82, 89, 96, 99, 100, 107, 111, 114, 119



Pacioni	pag. 58
Bottini	pag. 64
Sebastiani	pag. 69
Fasolo	pag. 74
Spadoni Urbani	pag. 78, 81
Antonini	pag. 81, 82
Finamonti	pag. 89
Di Bartolo	pag. 96
Bocci	pag. 100
Laffranco	pag. 107, 111
Ripa di Meana	pag. 114



---

**VII LEGISLATURA  
LVIII SESSIONE STRAORDINARIA**

**PRESIDENZA DEL PRESIDENTE CARLO LIVIANTONI.**

*La seduta inizia alle ore 10.00.*

*Si procede all'appello nominale dei Consiglieri.*

**PRESIDENTE.** Sono presenti alle ore 10.01 i Consiglieri Fiammetta Modena e Gobbini. Pertanto, non essendo presenti Consiglieri in numero legale, la seduta è sospesa.

*La seduta è sospesa alle ore 10.02.*

*La seduta riprende alle ore 10.25.*

**PRESIDENTE.** Prego, colleghi Consiglieri, prendere posto. Essendo presenti i Consiglieri regionali in numero legale, dichiaro aperta la seduta.

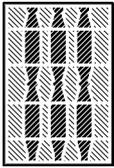
**OGGETTO N. 2**

**COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO REGIONALE.**

**PRESIDENTE.** Comunico che è stata richiesta, ai sensi dell'**Art. 27 - comma terzo** - del Regolamento interno, l'iscrizione all'ordine del giorno dei seguenti atti:

**OGGETTO N. 545**

Disposizioni in materia di indennità spettanti agli Amministratori di Enti e Aziende dipendenti dalla Regione. Relazione della I Commissione Consiliare  
Relatore Consigliere Pacioni



PROPOSTA DI LEGGE DEI CONSIGLIERI LIVIANTONI, LAFFRANCO, FASOLO E  
BROZZI

ATTI NN. 1826 E 1826/BIS

**Il Consiglio vota.**

**Il Consiglio approva.**

**OGGETTO N. 546**

Ulteriore modificazione della legge regionale 17/05/1994, n. 14 - Norme per la protezione della fauna selvatica omeoterma e per il prelievo venatorio.

DISEGNO DI LEGGE DI INIZIATIVA DELLA GIUNTA REGIONALE

Ulteriore modificazione della legge regionale 17/05/1994, n. 14 - Norme per la protezione della fauna selvatica omeoterma e per il prelievo venatorio.

PROPOSTA DI LEGGE DEL CONSIGLIERE ROSSI

Relazione della III Commissione Consiliare Permanente

Relatore di maggioranza Consigliere Brozzi

Relatore di minoranza Consigliere Rossi

ATTI NN. 1781-1774 E 1781-1774/BIS

**Il Consiglio vota.**

**Il Consiglio approva.**

**OGGETTO N. 533**

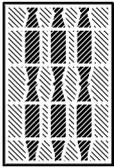
**PIANO SANITARIO REGIONALE 2003/2005.**

**Relazione della Commissione Consiliare: III**

**Relatore di maggioranza: Consr. Bonaduce**

**Relatori di minoranza: Consr. Rossi - Consr. Crescimbeni**

**Tipo Atto: Proposta di atto amministrativo**



**Iniziativa: G.R. Delib. n. 1808 del 20/12/2002**

**Atti numero: 1547, 1547/bis e 1547/ter**

**PRESIDENTE.** Prego, Consigliere Bonaduce.

**BONADUCE, Relatore di maggioranza.** La Regione dell'Umbria, sulla base di quanto dispone la legge regionale 20 gennaio 1998, n. 3, che regola l'ordinamento del sistema sanitario regionale, provvede alla programmazione e alla gestione del servizio sanitario dotandosi di uno strumento: il Piano Sanitario Regionale, previsto dall'Art. 22 della legge medesima.

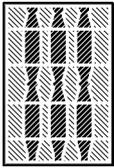
Con tale Piano la Regione determina i principi e gli obiettivi della programmazione sanitaria, gli indirizzi per l'organizzazione dei servizi nell'ambito di quanto prevede il Piano Sanitario Nazionale.

Il contesto nel quale è stata predisposta la presente proposta di Piano Sanitario è un quadro piuttosto complesso e delicato, nel quale si intravedono i pericoli insiti in un federalismo che rischia di penalizzare una regione che tenta di contenere la spesa farmaceutica e quella sanitaria in genere.

Dal punto di vista formale, l'atto è stato sottoposto alle forme di concertazione e partenariato istituzionale e sociale previste dall'Art. 5 della legge regionale 28 febbraio, n. 13, che, come dispone la legge regionale 14 ottobre '98, n. 34, sugli atti di programmazione regionale si esplica attraverso conferenze partecipative. La Giunta regionale, infatti, con propria deliberazione, ha istituito dei comitati e degli organismi tecnici con i quali procedere alla definizione di un documento, un patto per la salute, l'innovazione e la sostenibilità, contenente gli indirizzi generali per la predisposizione del nuovo Piano Sanitario Regionale.

A questo punto è stato predisposto uno schema di proposta di Piano Sanitario Regionale per il triennio 2003/2005, che, con delibera di Giunta regionale 1335 del 2.10.2002, è stato adottato dalla Giunta regionale, ai sensi del sopra citato Art. 22 - comma 4 - della legge 3/98, per essere sottoposto alla fase partecipativa prevista dall'Art. 6 della legge regionale 34/98.

Sullo schema di Piano la Giunta regionale ha richiesto i prescritti pareri di cui all'Art. 22



della legge 3/98 e all'Art. 2 della legge 27 marzo 2000, n. 29, e lo ha inoltre sottoposto, con nota prot. 5769/3 del 15 maggio 2003, ai sensi del comma 13 dell'Art. 1 del D.Lgs.vo 502, al Ministero della Sanità.

Sulla base di questo percorso svolto dalla Giunta regionale, la Commissione, per non replicare le stesse forme di partecipazione, ha stabilito di procedere ad una serie di approfondimenti tematici proprio per analizzare con spirito diverso la proposta di Piano sottoposta al suo esame. Da una attenta valutazione dell'atto e sulla base delle riflessioni svolte in Commissione, sono stati individuati alcuni argomenti considerati particolarmente importanti e strategici nella nostra regione, come, ad esempio: l'aspetto delle risorse economiche destinate alla sanità, la prevenzione nei luoghi di lavoro, la relazione esistente tra il Piano Sanitario e il Piano Sociale.

Dopo un primo incontro preliminare svolto il 6 febbraio scorso con l'Assessore alla Tutela della Salute, per fare un esame puntuale della situazione sanitaria nella nostra regione, la Commissione, nella seduta del 13 marzo 2003, ha approvato un piano di lavoro con l'obiettivo di analizzare i seguenti aspetti:

Risorse economiche;

Attività intramoenia e liste di attesa;

Innovazione tecnologica ed alta specializzazione;

Integrazione tra Piano Sanitario e Piano Sociale, e il ruolo dei dipartimenti di salute mentale;

Prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro;

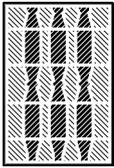
Assetto strutturale della rete ospedaliera in Umbria e relative funzioni;

Umanizzazione dei servizi;

Medicina territoriale.

Ad alcuni di questi incontri sono stati invitati i Direttori Generali delle Aziende sanitarie regionali, il Rettore dell'Università degli Studi di Perugia, il Preside della Facoltà di Medicina e il Direttore del CUS, che hanno consegnato di volta in volta alla Commissione la documentazione attinente l'argomento in esame.

Nel corso di questi incontri sono stati invitati complessivamente 839 soggetti interessati e hanno partecipato circa 250 soggetti, di cui circa 50 hanno dato il loro contributo



intervenendo nel corso della audizione, mentre altri hanno fatto pervenire documenti scritti.

Sulla base dei diversi argomenti trattati, sono stati di volta in volta invitati, tra gli altri, i Sindaci, i Presidenti della Conferenza dei Sindaci, le Province, il Consiglio delle Autonomie, la Confederazione delle Autonomie, il Presidente della Conferenza per la Programmazione Sanitaria e Socio-sanitaria, i Direttori Generali delle Aziende sanitarie regionali, i responsabili dei distretti socio-sanitari e dei vari dipartimenti delle A.S.L., gli ordini professionali, i sindacati, le centrali cooperative, il Tribunale dei Diritti del Malato, il Centro per le Pari Opportunità, i consorzi di volontariato, le associazioni di volontariato sociale e sanitario, le associazioni disabili.

Alcuni incontri la Commissione ha scelto di svolgerli direttamente sul territorio, come nel caso di Città di Castello ed Orvieto.

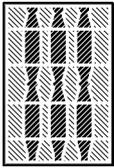
La Commissione, espletati tutti gli incontri programmati, ha inoltre deciso di delegare il sottoscritto a svolgere ulteriori audizioni richieste da particolari soggetti quali: il Consorzio "Auriga" e l'"Associazione Cristiana Residenze per Anziani e Disabili dell'Umbria" (Acradol Onlus), l'Associazione culturale "Spoleto Domani" ed altre associazioni di Spoleto, ed infine i rappresentanti regionali della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SITI) e della Associazione nazionale "Medici Direzioni Ospedaliere" (ANMDO).

La Commissione, inoltre, per l'istruttoria dell'atto 1547 ha raccolto anche altri documenti precedentemente presentati dalla Giunta regionale e la relativa legislazione attinente.

A conclusione di questo approfondito confronto con i soggetti istituzionali, gli operatori del settore e i soggetti direttamente interessati, il bilancio può essere quello che questo Piano Sanitario Regionale debba essere visto e valutato per le scelte strategiche che si pone per il grado di funzionamento della struttura sanitaria; ha definito reali competenze e responsabilità dei Direttori Generali e del concetto di "Azienda".

L'Umbria, nella turbolenza politica e istituzionale, non è naufragata; con le luci e le ombre, ha mantenuto e in parte riorganizzato il servizio sanitario, che ancora oggi conserva il suo carattere pubblico solidaristico da condividere e promuovere. Credo che sia una valutazione obiettiva, che non significa avere raggiunto livelli di risposte sanitarie super-efficienti o super-innovative.

La questione dei tagli e la riduzione delle risorse destinate al servizio pubblico obbligano



rigore e scelte da monitorare continuamente per stare dentro i parametri europei e, nel contempo, mantenere una adeguata rete di servizi.

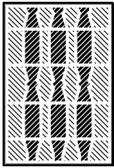
Il Piano Sanitario si colloca in un momento in cui la società italiana è alle prese con le trasformazioni nello stato sociale, che richiedono una più chiara definizione delle condizioni di esigibilità dei diritti sociali, in particolar modo quello della salute, e tende a ridurre le diseguaglianze nei confronti della salute e nell'accesso ai servizi.

Lo sforzo importante compiuto dal Piano Sanitario è quello di chiamare al contributo una serie di attori istituzionali come i Sindaci e i Consigli Comunali, le forze sociali, le organizzazioni dei cittadini, il privato sociale, ponendo sempre massima attenzione alla qualità dei servizi, alle risposte ai bisogni dei più deboli, alla medicina del territorio.

Il Piano Sanitario non va letto né interpretato come un piano di settore collocato entro il contesto sanitario, ma va letto come una proposta che trasversalmente riguarda l'interazione di governo della regione, che attraversa direttamente e indirettamente tutti gli assessorati, tra cui quelli preposti alle politiche ambientali e industriali.

L'Umbria è tra le poche regioni che registra un miglioramento costante dello stato di salute e un aumento di speranza di vita della popolazione. Molti parametri sono sopra la media nazionale e il livello del servizio sanitario regionale costruito nel tempo, con il metodo della programmazione e con il contributo di tutte le istituzioni, è competitivo ed è in grado di affrontare le sfide dell'innovazione. Condividiamo gli obiettivi di salute e le azioni funzionali al loro raggiungimento:

- Aumentare la speranza di vita senza disabilità;
- Ridurre la disabilità residua;
- Ridurre il numero di anni di vita potenzialmente perduta per morte evitabile;
- Ridurre i danni derivanti dall'errore in sanità;
- Innovare per rendere sostenibile il governo della sanità e la sua gestione;
- Rivalutazione e potenziamento della prevenzione;
- Dare continuità alle progettazioni consolidate e svilupparne delle nuove;
- Difesa e consolidamento del servizio sanitario pubblico solidaristico;
- Non applicazione di ticket;
- Mantenimento dei servizi;



Ottimizzazione dei parametri di efficienza e modernità;

Una rete ospedaliera riqualificata in termini di strutture, strumentazione e di professionalità degli operatori, e con un numero di posti letto adeguato ai bisogni assistenziali regionali.

Questa rete è costituita da 5 ospedali di emergenza-urgenza. Fra essi vanno ricordati: i due nosocomi di Città di Castello e Orvieto, il costruendo ospedale di Branca Gualdo-Gubbio, il nuovo ospedale di Foligno e quello di Spoleto riammodernato.

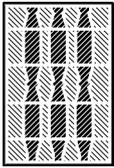
Abbiamo poi le due Aziende Ospedaliere di alta specializzazione di Perugia e di Terni. Con il completamento del Polo unico di Sant'Andrea delle Fratte a Perugia, l'Umbria si doterà di una struttura moderna tale da rappresentare sempre più un punto di riferimento interregionale, che accorperà, in sintonia con l'Università: il Centro regionale emato-oncologico, il Polo oncologico umbro, il Laboratorio di Diagnostica molecolare, il Centro internazionale di ricerca sul diabete, il Progetto trapianti. Presso l'Azienda Ospedaliera di Terni si dà continuità in materia di radiochirurgia, radioterapia stereotassica, neurogenetica e neurorigenerazione.

Gli ospedali di territorio non chiuderanno, saranno riconvertiti, potenziati e in alcuni casi integrati tra loro.

La qualificazione della rete ospedaliera, iniziata grazie ai finanziamenti dell'Art. 20 della legge 67, dapprima ha riguardato la messa a norma e la qualificazione degli ospedali di alta specializzazione e di emergenza-urgenza: Policlinico [Nodea] di Terni, i nuovi ospedali di Foligno, Orvieto, Città di Castello, ed ora continuerà nei confronti degli ospedali di comunità con la costruzione di stabilimenti unici nei comprensori di Marsciano-Todi, dell'Amerino-Narnese e del Trasimeno.

Tale linea di intervento porterà a completamento il totale rinnovo del patrimonio edilizio ospedaliero, realizzando strutture in cui l'accoglienza ed il comfort per la persona malata saranno nettamente migliori. Tali ospedali di comunità costituiranno, inoltre, lo snodo tra il ricovero e i medici di medicina generale, che già oggi in alcune realtà territoriali assicurano l'assistenza in regime di ricovero attraverso l'esperienza dei country-hospital, dando risposte per le patologie croniche.

Proprio a riguardo dei medici di base, la proposta del Piano Sanitario affronta in maniera organica il rilancio del loro ruolo, considerandoli come risorsa strategica del sistema e non,



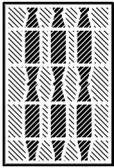
come finora è avvenuto, quasi elementi estranei da chiamare in causa solo quando si tratta di contenimento della spesa farmaceutica o di liste di attesa. Le esperienze delle équipes territoriali, già avviate in Umbria, trova nel Piano Sanitario Regionale la sua logica evoluzione e l'incardinamento nelle attività del distretto e della comunità.

I campi di intervento che negli ultimi 20 anni hanno caratterizzato la politica sanitaria dell'Umbria, quali la prevenzione e la psichiatria, trovano nella proposta oggi in discussione un approfondimento tecnico-scientifico ed un rilancio organizzativo pensati per rendere più attuale il loro intervento. In particolare le politiche della prevenzione non rimangono più confinate all'interno del Dipartimento della Prevenzione, ma attraversano tutta la proposta di Piano Sanitario mediante la produzione dell'attività di screening, di medicina preventiva e di promozione di stili di vita più salutari, lotta all'abuso di alcol, sana e corretta alimentazione, promozione della attività fisica, educazione stradale.

Il Piano non affronta solo le varie politiche di settore, ma tratta e imposta anche aspetti di carattere più generale quali: l'innovazione tecnologica, l'introduzione di modelli organizzativi più evoluti (day service, day surgery), la ricerca di economia di scala sui servizi generali di supporto e i diritti dei cittadini utenti. A tale proposito mi permetto di segnalare come nel Piano Sanitario Regionale siano stati ripresi gli ideali di partecipazione di tutela dei diritti che furono alla base della riforma del 1978 con la legge 833: maggiore visibilità ai sindaci, ai Consigli Comunali, ai comitati consultivi istituiti.

A fronte dell'evoluzione normativa che si è sviluppata in tema di assistenza sociale, il Piano Sanitario definisce con accuratezza gli orizzonti e le politiche per l'integrazione sociosanitaria, da perseguire attraverso la concertazione tra Aziende sanitarie ed Enti locali mediante la definizione dei bisogni assistenziali e delle risorse disponibili per l'integrazione sociosanitaria, la specificazione del ruolo del distretto, del medico di base e della geriatria nella qualificazione della domanda, l'indicazione dei servizi e delle strutture che concorrono alla integrazione sociosanitaria quali SRA, Residenze protette e Centri diurni. A tale riguardo desidero sottolineare il previsto aumento della capacità di accoglienza dei Centri diurni per l'assistenza ai malati di Alzheimer, la cui domanda di assistenza è in aumento.

Il Piano introduce per la prima volta in Umbria il tema del governo clinico inteso come metodologia per l'adozione di comportamenti clinici da parte di medici fondati sui più recenti



progressi della scienza medica. Il governo clinico, che fa capo alle funzioni di guida e coordinamento del Direttore sanitario, consente di affrontare le tematiche dell'efficacia, dell'efficienza, della sicurezza attraverso la lotta all'errore medico e alla appropriatezza delle prestazioni mediante l'individuazione di percorsi assistenziali che, specie riguardo ai malati cronici, consentono l'unitarietà della presa in carico dell'assistito e del percorso di fruizioni dei servizi da parte di esso.

In relazione ai percorsi assistenziali ed alla continuità assistenziale sin dalla fase iniziale della presa in carico, il Piano Sanitario Regionale introduce la figura del tutor, presente già nella fase territoriale dove è rappresentato dal medico di base, e poi nella fase dell'eventuale ricovero ospedaliero, dove verranno sperimentati servizi di accoglienza nei quali è prevista la presenza di operatori sociali e psicologi.

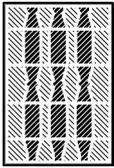
Una delle problematiche che nella discussione affrontata in questi mesi abbiamo rilevato è quella dello scostamento tra la buona qualità dei servizi del nostro Piano Sanitario e la percezione non adeguata che di essi si ha. La figura del tutor farà superare questo ostacolo.

Le questioni sorte durante la discussione hanno messo in evidenza l'opportunità di un più puntuale intervento organizzativo per quanto concerne la tutela materno-infantile, ed è emersa la necessità di richiamare una più attenta organizzazione dipartimentale a livello regionale, che dovrà essere, secondo la Commissione, uniforme su tutto il territorio umbro, pensando ad un maggior incardinamento in questo campo tra le attività delle Aziende Ospedaliere e quelle delle Aziende territoriali.

Nel corso dell'esame dell'atto è emersa anche la problematica connessa alla prevenzione del cancro della prostata, patologia peraltro assai frequente nell'uomo adulto e facilmente prevedibile e monitorabile. Pertanto si chiede l'introduzione di tale screening nel Piano Sanitario Regionale.

La discussione svolta in Commissione per l'esame dell'atto è stata molto accurata ed attenta, nella consapevolezza che la proposta di Piano presentata rappresenta la politica sanitaria della nostra regione per il prossimo triennio e che assorbe circa l'80% del bilancio regionale annuale.

La Giunta regionale ha ritenuto opportuno presentare alcune modifiche alla proposta iniziale che sono state accolte dalla Commissione perché spesso colmavano delle lacune o



perché rettificavano dati non precisi.

Nel corso dell'esame dell'atto sono stati inoltre presentati ed approvati alcuni emendamenti sia da parte della maggioranza che della minoranza, diversi dei quali sono stati approvati all'unanimità.

L'atto in esame è stato presentato dalla Giunta regionale alla Presidenza del Consiglio il 24.1.2003, ed è stato assegnato alla III Commissione Consiliare Permanente nella stessa data.

In conclusione, la Commissione ha dedicato al suo esame ben quindici sedute, oltre agli otto approfondimenti tematici sopra descritti, per i quali è stato svolto il resoconto integrale messo a disposizione di tutti i Consiglieri regionali.

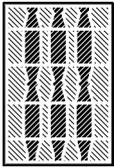
Infine, accompagno la presente relazione con una proposta di risoluzione della III Commissione Consiliare Permanente approvata a maggioranza e concernente: "Salute mentale: raggiungimento di livelli uniformi di qualità ed accessibilità delle strutture di ricovero ospedaliero a livello regionale", risoluzione che in ultimo leggerò.

La Commissione ha licenziato l'atto nella seduta del 10 luglio ultimo scorso, esprimendo sullo stesso parere favorevole a maggioranza ed incaricando il sottoscritto di riferire oralmente per la maggioranza. Per la minoranza riferiranno i Consiglieri Rossi e Crescimbeni.

In conclusione propongo, sentita anche la struttura tecnica dell'Assessorato alla Sanità, di modificare la lettera e) del capitolo 6: "Innovazione e sostenibilità nel governo della sanità" come proposto dalla Commissione, facendolo diventare sottocapitolo b): "Sviluppare la partecipazione per dare maggiore evidenza all'istituzione di comitati consultivi", come previsto dall'Art. 29 della legge 3/98.

Un ringraziamento particolare a tutta la struttura amministrativa, che ha supportato con intelligenza e continuità il lavoro della Commissione, e ai componenti della Commissione, che hanno dimostrato grande responsabilità pur distinguendosi per le loro diverse vedute. I lavori si sono svolti in piena collaborazione e serenità. Grazie.

A questo punto penso che possa leggere la risoluzione presentata dalla Commissione.



**PRESIDENTE.** Prego, Presidente Bonaduce.

**BONADUCE,** *Relatore di maggioranza.* Proposta di risoluzione della III Commissione Consiliare Permanente:

"Premesso che un primo riferimento organizzativo per il completamento della rete dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura può essere individuato nell'adeguamento al parametro di 0,6 posti letto per 10.000 abitanti; tale parametro, definito dal decreto della Commissione regionale del 7.7.1997, n. 372: "Piano regionale di riorganizzazione dei servizi e dell'attività di tutela della salute mentale", è tuttora idoneo in un sistema di cura centrato sulla presenza di servizi in grado di occuparsi precocemente ed efficacemente di un paziente che vive nella comunità;

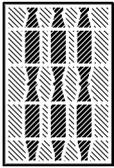
Preso atto che a partire da tale previsione dovrà essere stimato un fabbisogno di posti letto pari a 50, a cui si dovrebbero aggiungere almeno altri 2 posti letto che corrispondono al fabbisogno per residenti fuori regione secondo quanto emerge dall'analisi degli utilizzatori del servizio ospedaliero, con una dotazione politerritoriale così prefigurabile: 24 posti letto nella SPDC di Perugia, 14 posti letto nella SPDC di Terni, 14 posti letto nella SPDC di Foligno;

Atteso che gli standard di personale in base alle funzioni del servizio psichiatrico di diagnosi e cura prevedono: per 14 posti letto, 8 medici psichiatri, 3 psicologi e 20 infermieri professionali; per 24 posti letto, 10 medici psichiatri, 4 psicologi e 40 infermieri professionali;

Considerata l'opportunità che i tre punti di erogazione del servizio lavorino in rete in modo da facilitare al massimo la reperibilità del posto letto in caso di necessità, eliminando o limitando al massimo il ricovero in strutture extraregionali;

Visto che l'esportazione delle urgenze gioca contro la soddisfazione dei bisogni del paziente, rende più difficile il lavoro dei servizi di territorio, soprattutto rende del tutto impossibile garantire quella continuità terapeutica che, mentre è necessaria per la cronicizzazione dei casi, è utile per ridurre la degenza ospedaliera al minimo necessario;

Considerato che attraverso il trasferimento della SPDC di Perugia presso il Polo Unico dell'Ospedale Silvestrini e l'attivazione della SPDC a Foligno nel Polo ospedaliero di Foligno



per tutti e tre i servizi si avrà la garanzia che la collocazione in ambiente ospedaliero, con apposita convenzione, rispetti gli standard strutturali ed organizzativi, e quelle risorse di personale e di professionalità tali da permettere di ottenere un'assistenza secondo le caratteristiche della media intensità di cura;

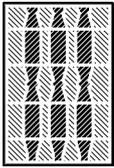
Considerato altresì che è opportuno intervenire attraverso la definizione di protocolli di collaborazione e convenzioni per attività di urgenza e consulenza con le Aziende Ospedaliere, insieme alla definizione di protocolli condivisi e pienamente operativi con il 118, al fine del coordinamento delle urgenze, degli accompagnamenti in caso di ricovero ospedaliero in regime di urgenza, della ricerca di posti letto presso le SPDC in campo regionale ed extraregionale; di linee guida vincolanti alle Aziende sanitarie per affrontare nel modo appropriato le situazioni di emergenza/urgenza investigativa con il coinvolgimento di tutti soggetti aziendali interessati: Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza, ex astanteria, DEA, 118, medici di medicina generale e servizio di continuità assistenziale, DSM nelle sue articolazioni operative, CSM, Dipartimento delle dipendenze, Servizio Sociale;

Considerato che tale articolazione degli interventi dovrebbe essere specificata nella parte dell'azione di Piano volta all'organizzazione generale della risposta nei confronti dell'emergenza e dell'urgenza;

Impegna la Giunta regionale a rispondere alle problematiche sopra descritte intervenendo con appositi atti per evitare la psichiatrizzazione in situazioni che richiedono minore protezione, e, dove va garantito il ricovero in ambiente ospedaliero non psichiatrico, attraverso la definizione di specifici protocolli con i dipartimenti ospedalieri degli ospedali generali, esperienza già in atto nella A.S.L. n. 1<sup>ma</sup>.

**PRESIDENTE.** Per la relazione di minoranza, la parola al Consigliere Rossi e poi al Consigliere Crescimbeni.

**ROSSI, Relatore di minoranza.** Signor Presidente, colleghi Consiglieri, affrontare la discussione del Piano Sanitario Regionale, cosa che accade una sola volta in una legislatura, è sicuramente un'impresa assai difficile; affrontarla poi come relatore di



minoranza, anche se in buona compagnia come quella del capogruppo di Alleanza Nazionale, l'amico Paolo Crescimbeni, lo è ancora di più. Le questioni, infatti, che attengono alla salute sono così tante e così complesse che c'è il rischio di sopravvalutarne alcune e di trascurarne molte altre. Se qualcuno rilevasse nel dibattito complessivo del Consiglio il tempo dedicato alla salute, probabilmente metà risulterebbe ruotare intorno a queste problematiche, che rivestono ormai una centralità assoluta.

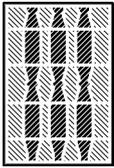
Dove cominciare, dunque? La prima osservazione riguarda i tempi e le modalità con i quali si è giunti alla trattazione in aula di questo Piano Sanitario Regionale 2003/2005, che sarebbe forse meglio e più opportuno modificare in Piano Sanitario 2004/2006 visto che siamo oltre la metà dell'anno in corso. Un Piano, dunque, già vecchio, che avrebbe dovuto vedere la luce due anni fa.

Il vuoto di programmazione ha determinato una navigazione a vista, con il governo regionale impegnato più sulle logiche spartitorie - e non c'è dubbio che la vicenda dei Direttori generali, sulla quale abbiamo già ampiamente discusso nell'ultimo Consiglio regionale, ha certamente pesato sulla trattazione del Piano Sanitario Regionale in sede di Commissione - non affrontando, dunque, i problemi strutturali della sanità in Umbria, che peraltro uno strumento di programmazione così concepito non potrà sicuramente risolvere.

L'unica novità, peraltro annunciata ed enfatizzata, è la costituzione della società della salute sull'esempio di altre regioni (vedi la Toscana), ma che nel Piano dell'Umbria è naufragata per le solite bordate di Rifondazione Comunista.

Già la gestazione da parte della Giunta regionale della proposta del Piano era stata travagliata nel suo passaggio concertativo, cosa resasi evidente nel momento in cui si è arrivati alle sedute di partecipazione della III Commissione. Devo comunque dare atto alla correttezza istituzionale del Presidente Bonaduce, al suo impegno e alla sua pazienza, sottoponendosi ad un tour de force che alla fine qualche risultato ha raggiunto. Il risultato è quello di aver ridato centralità al Consiglio regionale in termini di partecipazione e di programmazione, anche se, a dire la verità, durante tutto l'iter partecipativo ci sono stati dei tentativi - vedi la vicenda di Spoleto - di sottovalutare il ruolo della Commissione.

Sull'argomento di Spoleto non possiamo dimenticare la vera mobilitazione che i comitati spoletini hanno saputo mettere in atto raccogliendo oltre 11.000 firme, e sulla tematica do



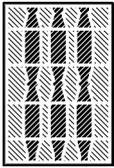
anche atto all'opera determinata e fortemente voluta dal Consigliere Zaffini.

Riconosciamo comunque un risultato positivo all'attività della Commissione per il lavoro svolto, apprezzando la disponibilità dell'Assessore Rosi, del direttore dott. De Salvo, del dott. Romagnoli e degli altri funzionari chiamati puntualmente ad intervenire.

Se si sfoglia il Piano, vediamo molte pagine evidenziate in neretto: sono gli emendamenti discussi ed approvati in Commissione, alcuni presentati dalla stessa Giunta, altri dai commissari, compresi quelli dell'opposizione. Il Piano, dunque, è stato positivamente integrato? Niente di tutto ciò. Le modifiche sono quasi tutte di modesta e marginale entità, più espressione di desideri che nuove vere opzioni. Modificare la filosofia di un Piano così concepito risulta impossibile, filosofia che, come abbiamo già detto ripetutamente in Commissione, non approviamo.

Questo Piano è uno strumento che difficilmente imprimerà alla nostra regione una necessaria, secondo noi, accelerazione nei processi di ottimizzazione dell'uso delle risorse, indispensabile al momento della loro cronicità. Con l'accordo di Fiuggi il Governo Berlusconi ha fatto la sua parte, e per l'Umbria anche qualcosa di più. Non credo che ci sia la consapevolezza da parte di tutti che un bilancio regionale gravato della spesa sanitaria per oltre il 75% è al limite della rottura. Si dirà anche che in altre regioni la situazione è uguale, se non addirittura peggiore; ma l'evoluzione verso il modello federale ci impone di guardare soprattutto in casa nostra, e la situazione non è certo brillante, perché l'economia umbra è strutturalmente debole e quindi è difficile trovare fondi aggiuntivi per una domanda che cresce. Non a caso la Commissione ha svolto il suo primo incontro sul tema del finanziamento del sistema, che però non ha potuto affrontare in maniera compiuta e prospettica.

“Il Sole 24 Ore” di qualche giorno fa indicava la nuova priorità della sanità per gli anziani, tanto più veritiera per l'Umbria dove la loro percentuale è la prima in Italia, con un effetto di trascinarsi dell'invecchiamento con quote via via crescenti della spesa sanitaria. Infatti l'invecchiamento record della popolazione italiana rappresenta per i conti della sanità pubblica una vera e propria bomba ad orologeria, con un altro effetto devastante a portata di mano sia per le ricadute finanziarie che per le reali capacità di assistere da parte del sistema

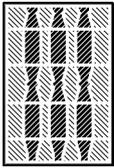


di protezione sociale: il boom della non autosufficienza degli *over 65*, una vera e propria rete di bisogni quasi senza paracadute, i cui costi sono destinati a crescere di oltre il 30% entro il 2010, a fronte di una capacità di spesa pubblica che già in Italia, oggi, è di ben sotto alla media europea: 1,6% - la media europea è del 2,3% del prodotto interno lordo. Questa situazione implica che insieme al governo centrale anche le regioni individuino percorsi innovativi e soluzioni differenziate, considerando anche che l'Umbria ha rinunciato finora ad imporre nuove tasse aggiuntive.

Passando ad un'analisi più ravvicinata del Piano, una questione che balza in tutta evidenza agli occhi è l'assenza di un quadro di riferimento certo ed aggiornato della situazione epidemiologica dell'Umbria. D'altra parte è noto che il sistema informativo sanitario della nostra regione rappresenta il vero tallone di Achille per una programmazione seria ed efficace. L'ultimo rapporto sullo stato della salute di noi umbri risale a qualche decennio fa.

Per quanto riguarda l'assetto organizzativo, non è stata affrontata nel Piano la questione della suddivisione territoriale, se, quindi, 4 ASL e 2 Aziende Ospedaliere corrispondano al meglio all'esigenza dell'Umbria. Infatti la legge regionale 3/98 imponeva appena dopo un anno una verifica, che però non è stata mai effettuata. Il silenzio su questa questione è da intendere come una scelta definitiva. Possiamo anche essere d'accordo, ma non condividiamo che il ruolo dei presidi all'interno delle aziende territoriali non sia ancora definito. Mi riferisco a diverse situazioni dove per un passo in avanti se ne fanno ben due indietro. Sulla strada degli accorpamenti dei servizi e sull'individuazione di sedi uniche si procede a passo di lumaca. La questione del ruolo dei piccoli presidi è stata sollevata più di vent'anni fa e non è ancora risolta. Le diffidenze, le paure delle popolazioni verso gli inevitabili cambiamenti che questo nostro sistema impone vanno comprese e guidate attraverso la chiarezza di soluzioni che non appaiano come mortificazioni e penalizzazioni di quei territori. Questo insieme di accadimenti ha fatto accumulare una serie di ritardi nell'alta specializzazione, che è la missione primaria delle Aziende Ospedaliere.

Per quanto riguarda l'assistenza territoriale, l'obiettivo del precedente Piano era quello di pareggiare le spese ospedaliere del territorio, obiettivo fallito e che si ripropone anche nell'attuale Piano. Per quanto ci riguarda, mancano soprattutto linee guida, atti concreti per



l'integrazione delle cure perché il cittadino che finisce nell'ospedale non ricominci tutto da capo, evitando le innumerevoli e spesso doppie analisi.

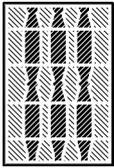
Durante il percorso partecipativo in Commissione, gli incontri più riusciti sono stati quelli che hanno visto come interlocutore il terzo settore. Da parte di questi soggetti, e in particolare dal mondo del volontariato, è giunta una forte richiesta di protagonismo in positivo ed è emersa la preoccupazione di un Piano Sanitario in cui non sono stati ben individuati i collegamenti con quello Sociale; richieste e preoccupazioni che condividiamo in toto. Queste organizzazioni sono un patrimonio importante per la comunità regionale, dove con l'abnegazione e il grande spirito di servizio offrono il loro impegno. Sicuramente vanno incoraggiate e stimolate anche con riconoscimenti meritevoli, vista la delicatezza della missione che compiono in situazioni sicuramente difficili.

Dicevo all'inizio della difficoltà dell'approfondire tutte le questioni. A qualcuna ho già accennato e ho cercato di trattarla sinteticamente, altre vanno ricordate con forza, innanzitutto la problematica inerente all'invecchiamento della popolazione, che, se può essere considerato in generale un dato positivo per la speranza di vita, dall'altro può rappresentare il punto di rottura del sistema.

Ho evidenziato come alla base di una corretta programmazione sanitaria non possa che esserci un quadro epidemiologico aggiornato e puntuale della situazione sanitaria della gente umbra, ed è questo che non c'è, perché il sistema informativo regionale è come l'araba fenice, malgrado le tante e ingenti risorse investite.

Ho posto l'accento sul fatto che l'organizzazione del sistema, di cui non si rimette in discussione l'assetto, implica chiarezza programmatica e interventi efficaci, in particolare per l'assetto ospedaliero, la cui situazione definitiva risulta essere in grave ritardo.

Ho ricordato gli obiettivi disattesi dal precedente Piano sul riequilibrio finanziario fra la funzione ospedaliera e territoriale, e sulla necessità di dare continuità alla cura, di aprire la porta ad una interrelazione virtuosa tra medici di medicina generale e medici ospedalieri, tra associazioni di volontariato e sistema sanitario nel suo complesso. Facendo un esempio concreto, certo non esaustivo, il Piano Sanitario della Toscana prevede intese con le diverse Università degli Studi e Istituti a carattere scientifico, e l'inserimento delle linee guida del Piano Sociale all'interno di quello Sanitario. Nella nostra regione gli accordi con l'Università



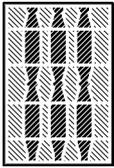
risalgono al 1999, e quindi vi è una vecchia convenzione; inoltre, cosa grave, non si prevede nel Piano Sanitario umbro nessun protocollo e nessun accordo che valorizzi al massimo la funzionalità dell'Istituto Zooprofilattico in un momento in cui la certificazione dei prodotti è indispensabile e il dibattito sugli OGM è in pieno svolgimento.

Non vi è nulla di segreto o di nascosto; basta andare a rileggere - se vorrà farlo l'Assessore - il resoconto integrale dell'audizione del Magnifico Rettore e del Preside della Facoltà di Medicina per rendersi delle difficoltà che permangono rispetto alle esigenze fondamentali, come risulta dall'intervento del Rettore, prof. Francesco Bistoni, che recita testualmente: "Ieri ho lanciato un messaggio, ho detto: guardate che l'Umbria è rimasta l'unica regione che a tutt'oggi non ha istituti di ricovero di cura a carattere scientifico. Secondo me è un grosso errore; è un peccato non averlo fatto prima, perché c'erano le possibilità, perché questo può determinare un valore aggiunto in termini di finanziamenti a ciò che noi abbiamo sostanzialmente, e questo può indurre anche il privato, il privato istituzionale, l'imprenditore, a concorrere. Quindi, oggi creare su alcune tecnologie situazioni di questo tipo credo che possa essere una strada che, se non altro, debba essere in qualche modo valutata". Ebbene, io non trovo in questo Piano una risposta a questa esigenza.

Senza avere la presunzione di scrivere un altro Piano - che poi avrebbe lo stesso destino di questo, secondo quanto ammesso dagli stessi estensori, e cioè di non essere applicato così come scritto su carta - continuo a sottolineare elementi che ci spingono a rafforzare la nostra opposizione, come il rinvio continuo ad azioni della Giunta per le quali non abbiamo nessuna garanzia e sulle quali il Consiglio non ha ad oggi nessun controllo.

Riferire almeno annualmente sullo stato di attuazione della programmazione sarebbe, secondo noi, un atto dovuto; forse si sarebbero evitati in questa maniera i tanti punti oscuri. Riportare all'interno dell'aula consiliare i risultati raggiunti dal Piano precedente avrebbe portato ad una conoscenza collegiale e chiara del punto di arrivo e di quello di inizio, senza lasciare spazio a contraddizioni e decisioni incomprensibili. Rivisitare in questo senso la delibera 771 sull'assetto ospedaliero ed inserirla nel Piano sarebbe stato di grande aiuto per gli addetti e i non addetti ai lavori.

Un Piano si può realizzare in diversi modi; noi siamo per la programmazione semplice, che detti alcune linee di sviluppo, che privilegi pochi ma chiari obiettivi indicando sempre e



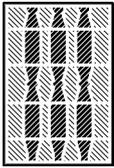
comunque i mezzi e le risorse per farvi fronte, e che sinceramente nel Piano sottopostoci non ritroviamo.

La giusta considerazione verso la sicurezza interna dei dipendenti e degli utenti del servizio sanitario non è contemplata; la concretizzazione della legge 626 sulla sicurezza all'interno dei luoghi di lavoro rimane disattesa, quando proprio la garanzia di un ambiente igienicamente protetto e tecnicamente sicuro è punto essenziale per la verifica della qualità proposta. Bisognerebbe applicare realmente al sistema sanitario umbro la ISO 9000 per la certificazione del servizio per chi lavora e per chi ne usufruisce.

Si giudica spesso la minoranza, in questa regione, portatrice di mera opposizione senza capacità di proposte alternative e di critica costruttiva. Ebbene, in questo caso non solo Forza Italia, ma anche tutta la Casa delle Libertà ha esercitato appieno la propria funzione, stimolando, incentivando, incalzando la maggioranza sia sul piano dialettico che sostanziale, ottenendo in Commissione pochi risultati, ma costringendola comunque a confrontarsi anche al proprio interno con delle contraddizioni inevitabili. Sono, quindi, in questa mia parte di intervento a riproporre questioni che sono già emerse nelle pagine precedenti, tenendo ben presente che il miglioramento dell'attesa di vita e della salute, insieme con la riduzione della mortalità, sono ormai patrimonio irrinunciabile dei nostri tempi.

All'inizio del 2002 Forza Italia ebbe modo di indicare in un seminario le linee programmatiche per la sanità in Umbria, che in questa sede ripropongo in estrema sintesi come ulteriore contributo ed arricchimento al dibattito in corso. In primis, fare dell'Umbria un laboratorio di salute e di ricerca scientifica. L'epidemiologia, le indagini trasversali e longitudinali potrebbero divenire nella nostra regione momento di studio, di riflessione e di definizione per progetti finalizzati che potrebbero attingere a dei finanziamenti nazionali ed europei. Vi sono Centri di alta specialità con degli illustri ricercatori con pubblicazioni nelle migliori riviste internazionali che non vengono assolutamente coinvolti. Molte professionalità si sono allontanate dalla nostra regione, sia per le carenze strutturali che per il deficit delle risorse. Questa questione va assolutamente recuperata.

Indicavamo di ripensare l'ospedale rinnovandolo non solo nelle strutture, nelle macchine, nel comfort, ma soprattutto elevando il livello di umanità di tutti coloro che vi operano. La rassegna stampa del 25 marzo 2003 di un autorevole quotidiano locale riporta: "gli ospedali



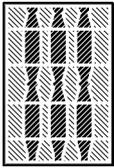
sotto accusa, mille esposti contro i medici, quattro denunce al giorno presentate al Tribunale del Malato, dai maltrattamenti alle prestazioni errate". E inoltre ricordo un'intervista del 7 aprile, sempre dello stesso quotidiano, del Preside della Facoltà di Medicina, prof. Puxeddu, il quale, pur invitando a non fare di tutta l'erba un fascio, ammette che si sono persi i rapporti con i pazienti ed invita a tornare indietro al giuramento di Ippocrate: "Il medico deve sempre ricordare che la sua controparte è fatta di persone che stanno male che hanno bisogno di assistenza; disponibilità e predisposizione d'animo devono essere le nostre guide": testuali parole del Preside Puxeddu.

Questa questione va inserita al centro della formazione di tutti gli operatori del settore medico, paramedico ed amministrativo, che comunque meritano nella stragrande maggioranza un plauso e un incoraggiamento.

Ritorno ad un tema prima accennato, alla sinergia tra medicina generale e medicina ospedaliera. Senza questo interscambio è impossibile realizzare, oltre alla qualità della cura, un risparmio in termini di farmaceutica e di diagnostica. Andrebbero, secondo noi, attivati i protocolli che dovrebbero trovare nelle direzioni ospedaliere dei distretti i momenti determinati. Se è difficoltosa la comunicazione tra le persone, che siano i servizi ad imporla, altrimenti viene meno la loro funzione.

Insieme a queste direttrici indicavamo anche la corretta analisi delle modalità con cui il cittadino utilizza i servizi, e, nel monitoraggio delle cause di mortalità e delle patologie ad esse collegate, gli elementi essenziali per un intervento mirato sia in termini di riduzione della spesa che in termini di efficacia degli interventi.

In definitiva, siamo per una sanità pubblica che non sia totalizzante, ma che si offra anche al privato ed al privato sociale per attingere a sinergie, per attivare un minimo di concorrenzialità, per fare emergere tutte le professionalità e le energie di questa regione, inserendo il rapporto con l'Università in maniera positiva e sicuramente proficua. Questo può avvenire nel quadro di un corretto utilizzo delle risorse ad iniziare da quelle umane, con la valorizzazione di tutti coloro che si occupano di sanità ed una stretta collaborazione con la ricerca di base e la ricerca clinica, con il miglioramento delle strutture sanitarie, con l'assistenza al cittadino dalla nascita fino alla morte e l'obiettivo prioritario collegato al miglioramento del rapporto salute/malattia.



Per quanto sopra esposto, ribadisco, come ho già fatto Commissione con ampie motivazioni, il nostro voto contrario.

## **ASSUME LA PRESIDENZA IL VICE PRESIDENTE VANNIO BROZZI.**

**PRESIDENTE.** Diamo ora la parola al Consigliere Crescimbeni.

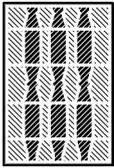
**CRESCIMBENI, Relatore di minoranza.** Farò solamente alcune notazioni generali, sia per l'ampia trattazione svolta dal collega Rossi, sia per lasciare spazio ai miei colleghi, che affronteranno temi specifici ed anche osservazioni di carattere generale sull'impostazione del Piano.

Dirò subito che anche a nostro avviso è questo un Piano che può essere definito ideologico, un Piano che risente del clima di lottizzazione che pervade tutta la nostra attività regionale. La vicenda dei manager che ricordava Luciano Rossi poc'anzi, là dove il Piano era bloccato fino a che non si fosse provveduto alla nomina dei manager della sanità, la dice lunga, dà un segnale e una conferma di quanto stiamo affermando.

Dall'analisi del Piano si può dedurre, quindi, l'impronta politica della Regione, che è quella di consentire la permanenza di un monopolio pubblico della sanità eliminando il privato e non integrandolo ove necessario. Si deduce, dunque, che non è chiara la copertura finanziaria, l'allocazione delle risorse economiche in termini di settori di indirizzo. Manca infatti il confronto tra quanto è stato speso in passato in un determinato settore, quanto si prevede di spendere, e quanto si può dare in termini di risorse economiche

Non è chiaro lo sviluppo degli ospedali di territorio, perché è ambiguo il rapporto centro-territorio. E` vero infatti che gli ospedali territoriali non sono adeguati a soddisfare le esigenze specialistica a bassa e media specializzazione e che in vari casi delegano a strutture di eccellenza quanto loro compete, con il risultato di paralizzare la qualità e la tipologia di prestazioni delle Aziende Ospedaliere ad alta specializzazione.

Il Piano Sanitario Regionale non tratta adeguatamente il capitolo delle risorse necessarie allo sviluppo del progetto di assistenza sanitaria domiciliare per gli anziani - anche questo è



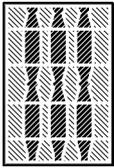
un punto nevralgico, strategico del Piano - la programmazione degli ospedali di emergenza/urgenza dove questi sono necessari, la progettazione della copertura finanziaria necessaria all'aggiornamento medico obbligatorio. In rapida sintesi, queste sono le critiche di fondo che intendo rivolgere al Piano.

Il primo punto da osservare, inoltre, è che, se si parla di qualità, non si capisce bene che cosa essa sia, cioè quali siano i parametri che indicano la qualità e quali siano soprattutto le professionalità che devono verificare la qualità. Si dice che l'input parte dai professionisti della sanità, cioè dai medici, ed è rivolto verso gli amministratori. Questi amministratori che dispongono di tali input poi debbono provvedere ed organizzare di conseguenza. I professionisti che danno i dati sono i delegati aziendali. A questo punto ci si deve inevitabilmente domandare chi siano costoro, in base a quali criteri essi vengono scelti: se per titoli, per partecipazione a società nazionali specialistiche nel settore interessato, per capacità di promozione scientifica e culturale, per formazione manageriale documentata e certificata, oppure se la scelta di questi delegati si basi su altro.

I dati fino adesso osservati inducono a ritenere che la scelta dei delegati e delle apicalità in genere sia stata appaltata spesso in seguito a logiche di partito che ben poco hanno a che vedere con la professionalità. Il presupposto è critico, perché quanto suggerito poi dai delegati all'area di progettazione può essere strumentale. Si dice che la progettazione è confluita in Piani Attuativi Locali (PAL) misurabili. Quali sono i termini e gli obiettivi della misurazione?

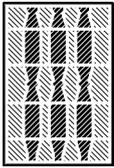
Nella sanità regionale al momento esiste una differenza tra i buoni propositi e quanto realizzato. Si afferma che l'emergenza finanziaria rappresenta un pericolo nella realizzazione dei programmi; così facendo, questo Piano Sanitario tenta di addossare la responsabilità al Governo centrale, che, come ricordava il collega Rossi, ha fatto quanto era suo dovere fare nei confronti dell'Umbria, rimuovendo il dato di fatto che l'amministrazione della sanità, così come ad esempio il mantenimento delle strutture ospedaliere o la realizzazione di servizi a volte duplicati, segue non logiche di programmazione, ma logiche di campanile care al gioco del mercato dei voti tese a tutelare strutture anche periferiche inefficienti sotto il punto di vista qualitativo e quantitativo.

La sanità si base essenzialmente, l'abbiamo detto tante volte, sulla prevenzione, e



necessita quindi di informazione sui flussi di richieste dell'utenza organizzati in centri regionali e documentazione. Il principio è giusto, l'istituzione dei Registri è necessaria, già in parte è stata attuata, ma in realtà non funziona. Le cause sono due: innanzitutto interessi di parte che potrebbero nascondere la realtà ai fini di tutelare linee programmatiche già adottate ma in realtà inadeguate; cioè i flussi di informazione non sono completi, anche se è stato stanziato il denaro pubblico a tale scopo. Inoltre necessitano enti esterni accreditati secondo normative specifiche che indichino i parametri da monitorare, le metodologie di monitoraggio e corrispondono in modo asettico i dati risultati su cui fare programmazione sanitaria. Questo processo manca e non compare nei propositi del Piano Regionale. Per ultimo, i dati del Registro devono essere facilmente consultabili da tutti. Ad oggi manca una semplice e chiara via di accesso tramite, per esempio, il portale web della Regione dell'Umbria ai vari Registri regionali; un esempio è il registro umbro per la dialisi e la nefropatia, accessibile tramite ricerca su Internet del sito web della Società Italiana di Nefrologia, ma non dal sito della Regione. L'accesso pubblico alla consultazione dei dati dei vari Registri regionali è indispensabile come strumento di giudizio, controllo e programmazione necessario a qualsiasi entità politica. Tale accesso è tuttora inadeguato nonostante i propositi di implementazione dei Registri enunciati nei vari Piani, anche nell'ultimo Piano.

In tema di spesa sanitaria, argomento di importanza strategica in qualunque Piano e quindi anche nel Piano della Sanità, due punti appaiono caratterizzanti delle linee di indirizzo della sanità umbra: 1) si spende meno, sì, ma si spende male; 2) non si apre alla collaborazione pubblico/privato come avviene in tutte le altre regioni d'Italia, anche quelle amministrate dal centrosinistra. Andando dentro i risparmi di spesa, i tagli di spesa, le riduzioni, vediamo che si spende meno, secondo i dati ISTAT, nei servizi, negli ambulatori, nella diagnostica, e così si allungano le liste di attesa e la gente deve correre di qua e di là per fare una TAC, una risonanza, un'ecografia. Si riducono i posti letto, è vero, ma quali? In una regione come l'Umbria dove la vita media si innalza, dove c'è un tasso di invecchiamento più alto, diminuiscono i letti dei lunghi degenti ed aumentano quelli di ostetricia e di pediatria. Questi dati rilevano quindi una conduzione schizofrenica di linee di indirizzo che, in sé giuste, vengono poi disapplicate e smentite al momento della loro attuazione. Ancora in termini di spesa, si spende meno per il personale, ma quale personale? Il personale infermieristico e



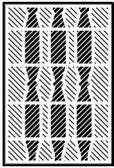
tecnico in genere, e si spende di più per medici e amministrativi. Nel complesso, quindi, spendiamo lo stesso per il personale, siamo sulla media nazionale, ma con una tendenza che denota la presenza della mano politica nelle scelte a danno dell'assistenza. I tempi costantemente disattesi delle liste di attesa sono la riprova e la conferma di scelte sbagliate, quindi di tagli alla spesa male indirizzati, di chiusura alla collaborazione pubblico/privato.

Manca nel Piano una vera volontà di controllo, come dicevo prima, sulla qualità, da affidarsi ad un soggetto esterno e non agli stessi enti, che, con propri rappresentanti più o meno coordinati su base regionale, forniscono essi stessi i dati che poi vengono esaminati e sui quali vengono espresse le valutazioni quantitative: cioè sono gli stessi giudici che giudicano se stessi, e su dati che spesso non vengono neanche forniti nella loro esaustività.

Manca nel Piano la programmazione degli ospedali, quali chiudono e quali no. Manca un quadro epidemiologico completo delle patologie di cui soffrono gli umbri, fondamentale anche questo per un Piano della sanità. Manca l'emergenza per gli ospedali più lontani, né si capisce bene come si possono trasportare i malati nei tempi brevi consentiti, appunto, negli interventi di emergenza.

Ma d'altronde, a ben guardare, il Piano Sanitario Regionale è esso stesso un "j'accuse" contro il sistema sanitario umbro, contro l'apparato che non funziona, perché proprio nel Piano leggiamo che "la direzione regionale della sanità è carente e inadeguata" (forse qualche testa deve cadere); leggiamo che il Dipartimento di Prevenzione non funziona, (ARPA, Servizio Previdenza Infortuni, sistema informatico). Insomma è lo stesso Piano che ci dice come tutto questo non vada nel migliore dei modi. Si parla in modo palese di mancato raggiungimento degli obiettivi, e, quello che è più grave, di conflitti di potere tra livelli amministrativi e livelli professionali; si parla della pretesa di "gruppi" di porsi in posizione egemone nei confronti di altri "gruppi", di mancata attribuzione di deleghe all'interno delle Aziende, ed in fine di conflitti di ruoli e competenze, e "sciocchezze" del genere. È chiaro che con questi presupposti la sanità non può funzionare al meglio.

Il Piano pur tuttavia punta sulla qualità, è il concetto più ricorrente, ma vi punta, abbiamo detto, senza strumenti, senza controlli veri né certificazioni autentiche, senza aggiornamenti professionali né per i medici, né per gli infermieri. L'aggiornamento professionale oggi è affidato alle case farmaceutiche, in modo possiamo dire non del tutto disinteressato.



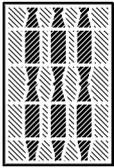
Passando ad alcuni aspetti propositivi del nostro intervento, noi riteniamo che, sì, si debba ridurre la spesa, ma elevando la qualità dei servizi e promuovendo l'occupazione nel settore sanitario. Per fare questo occorre affidare ai privati tutti i servizi di bassa specializzazione; in questo modo si riduce la spesa, si eleva la qualità dei servizi, si promuove l'occupazione nel settore sanitario in tutti gli ambiti di bassa specializzazione, senza, sia ben chiaro, che il pubblico abdichi al proprio ruolo di garante della salute di tutti i cittadini e della qualità della sanità. E questo lo dice chi ritiene che molte privatizzazioni siano state sbagliate in passato dai Governi di Sinistra che hanno governato l'Italia, e che in certi settori strategici, nevralgici, fondamentali, come quello della Sanità, la mano pubblica debba sempre costituire la guida di ogni indirizzo, di ogni scelta, nei settori di bassa specializzazione, come per esempio la lungo degenza, i laboratori di base, la diagnosi di base, la stessa emodialisi, dove vi sono liste di attesa vergognose.

Occorre inoltre rivalutare e procedere all'accREDITAMENTO della rete ospedaliera, accREDITAMENTO oggi inesistente, pertanto abbiamo una rete ospedaliera sottoutilizzata e sottovalorizzata, il cui ridotto funzionamento è causa di ingolfamento delle Aziende Ospedaliere. In pratica, quando un malato acuto diventa cronico, deve essere trasferito in ospedale dove già ci deve essere un posto che l'attende. La valorizzazione delle eccellenze degli ospedali diventa strategica in questo piano di valorizzazione e di razionalizzazione.

Tutto questo noi diciamo ed affermiamo perché l'Umbria soffre di un evidente disagio sociale - credo che questa parte la tratterà meglio di me il collega Andrea Lignani Marchesani - in quanto in Umbria si lavora poco e male: si lavora poco nel senso che c'è poca occupazione, e male per l'alto tasso di infortuni sul lavoro. Vi è quindi una bassa percentuale di occupati e una delle più alte percentuali d'Italia di infortuni sul lavoro. In Umbria poi vi è un tasso di suicidi del 25% superiore alla media nazionale. Sono tutti dati sintomatici di un forte disagio sociale.

Io ritengo che questo Piano grigio, burocratico, ideologico non dia una mano al miglioramento della qualità della vita degli Umbri. Se si potesse fare uno slogan come quello del metano, direi: "questo Piano non ti dà una mano", cioè non aiuta la situazione.

In sintesi, concludendo, questo Piano avrebbe dovuto definire, ma non l'ha fatto, che cos'è la qualità, gli strumenti di monitoraggio, la professionalità deputata al controllo; avrebbe



dovuto attuare piani di investimento sull'aggiornamento obbligatorio del personale, razionalizzare le strutture esistenti e chiudere ciò che non serve, creare in periferia strutture per anziani per lungo degenti e per patologie a bassa specializzazione, demandando al privato quanto, appunto, è a bassa specializzazione, con notevoli risparmi di costi e miglioramento di qualità; avrebbe dovuto investire negli ospedali di eccellenza in termini di tecnologie, personale, aggiornamento; coordinare periferie e centro al fine di dividere ed integrare i compiti, eliminando ancora una volta, lo ripetiamo, inutili duplicazioni.

Se la ricetta proposta può apparire ripetitiva, la colpa non è nostra, ma del fatto che le patologie sono le stesse e ad esse non è stato posto fino ad oggi un efficace rimedio.

**PRESIDENTE.** Terminata l'illustrazione del Piano Sanitario Regionale, si apre il dibattito. Chi si iscrive a parlare?... Diamo la parola alla Giunta per le conclusioni?

**ZAFFINI.** Presidente, sull'ordine dei lavori: chiedo cinque minuti di sospensione per organizzare gli interventi; vedo che molti colleghi sono assenti, probabilmente hanno sbagliato le previsioni sulla durata delle relazioni. Credo che sia opportuno, per il decoro dell'atto e dell'aula, sospendere cinque minuti.

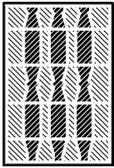
**PRESIDENTE.** Va bene, sospendiamo. Alle ore 11.40 riprendiamo i lavori.

*La seduta è sospesa alle ore 11.35.*

*La seduta riprende alle ore 11.45.*

**PRESIDENTE.** Invito i Consiglieri a riprendere posto in aula. Ho iscritto a parlare la Consigliera Modena, alla quale diamo la parola.

**MODENA.** Ovviamente non ho molto da aggiungere alle relazioni che sono state fatte dai colleghi per la minoranza, però diciamo che qualche osservazione andrebbe fatta, almeno di



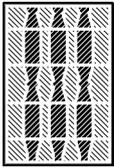
impostazione, di carattere generale, anche perché il Piano Sanitario, come tutti sanno, faceva parte di una delle azioni strategiche del Patto per lo Sviluppo, Patto per lo Sviluppo che individuava, tra l'altro, una serie di obiettivi complessivi e che quindi, evidentemente, qualifica quello che è il governo della sanità da parte della Giunta regionale.

Ripeto, vado per concetti abbastanza sintetici, perché già ci sono state le relazioni dei colleghi; tra l'altro mi scuso sin d'ora con l'Assessore e con il Consiglio, perché purtroppo, oggi pomeriggio, per una riunione a Roma per lo Statuto, non potrò essere presente, quindi non potrò neanche ascoltare la replica dell'Assessore. Se non ci fosse un problema di ruolo, ovviamente sarei rimasta in aula. Però tre o quattro questioni vorrei sottolinearle.

La prima grande questione è stata accennata dai colleghi: rapporto pubblico-privato, questione relativa alla qualità generale dei servizi. Sono convinta che, se il centrodestra avesse scritto il Piano Sanitario Regionale, avrebbe individuato una cornice relativa al modo con cui si individuano criteri e parametri di qualità dei servizi nel pubblico e nel privato, e su questo avrebbe sicuramente imperniato tutta la struttura complessiva del Piano. Lo ha accennato nella relazione di minoranza il nostro coordinatore Luciano Rossi, quando ha fatto un po' la descrizione delle politiche generali, ma a nostro avviso è il punto che va sottolineato perché è dirimente dal punto di vista politico.

Noi sappiamo bene che nel Piano ci sono delle pagine dedicate al cosiddetto "governo clinico", anche istruttive, devo dire, le abbiamo lette con attenzione; però noi riteniamo che, pur essendo un piccolo passo avanti rispetto a posizioni precedenti, la struttura complessiva della programmazione in materia di sanità si sarebbe dovuta basare su questo. Sosteniamo questa tesi intanto per motivi di memoria storica: noi abbiamo sempre detto che, soprattutto se si vuole ragionare in termini generali di rapporto pubblico-privato, di come deve essere il pubblico, questo passa necessariamente attraverso il concetto della qualità dei servizi stessi; in secondo luogo perché era un adempimento della legge 3.

Vorrei ricordarlo anche perché uno degli emendamenti più "simpatici" è stato il cambiamento del titolo, per cui i rapporti pubblico-privato sono diventati "possibili rapporti tra pubblico e privato". Vorrei ricordare che la legge 3 su questo aveva dato delle indicazioni abbastanza chiare, nel senso che aveva detto chiaro e tondo che c'era un compito da parte, mi pare, della Giunta regionale, di andare a fare un ragionamento complessivo in ordine alla



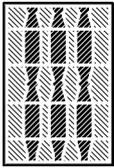
“definizione di un sistema di indicatori e di parametri di riferimento per le strutture pubbliche e private, ed effettua sulle stesse un controllo periodico in termini di qualità, quantità e costo delle prestazioni erogate”; era una norma concepita nel quadro dell'accreditamento, ma era un commento importante in quanto introduceva, appunto, questo principio che a noi sta a cuore.

L'unica sperimentazione a questo riguardo è stata fatta, mi pare, dalla A.S.L. 1, quando ancora c'era Truffarelli, in collaborazione, credo - vado a memoria - con l'Università di Modena, perché la certificazione della qualità nel campo dei servizi sanitari è cosa estremamente complessa da fare, dato che coinvolge evidentemente una serie di fattori, a cominciare, per esempio, della formazione del personale, dalla qualità percepita dall'utente etc., però è effettivamente la strada dell'innovazione verso la quale, a nostro avviso, è necessario andare.

Questo aspetto crediamo che vada anche ribadito, poiché il Piano Sanitario - me lo insegna, tra l'altro, l'Assessore - sempre in base alla legge 3/98, doveva basarsi sulla struttura definita dal Piano Sanitario Nazionale. Qui aprirò una parentesi: non ho trovato, forse per mia ignoranza, riferimenti a questo, però nelle linee guida generali del Piano Sanitario Nazionale questo aspetto è trattato con riferimento all'organizzazione aziendale, alle responsabilità, all'analisi dei processi e alla formazione del personale. Nel Piano Sanitario Nazionale si ipotizza anche un metodo analogo al cosiddetto ISO 9000, che ovviamente è poi da vedere e da strutturare con riferimento alle varie azioni che debbono essere svolte con riguardo a questo servizio e a questo concetto complessivo della qualità.

Noi insistiamo su questo aspetto, perché una delle polemiche pseudo-ideologiche che ci sono sempre state fra il centrodestra e il centrosinistra è stata quella relativa al rapporto semplicisticamente inteso del pubblico con il privato. Noi riteniamo che su questo bisogna fare un passo in avanti, perché, come vi dicevo, la vera e propria scommessa è questa qualità, che non può essere limitata esclusivamente alle valutazioni fatte nella parte riguardante la promozione del governo clinico, ma che deve avere comunque, a nostro avviso, una coerenza e un'individuazione in ordine alle singole responsabilità molto più forte rispetto a quella che oggi noi chiediamo.

Certo, non sfugge il fatto che questo Piano Sanitario, per quanto riguarda i rapporti con il

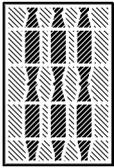


privato, definirlo prudente è quasi eufemistico. Chiede una verifica, e noi saremmo anche curiosi di vederne gli esiti, viste le previsioni che c'erano nel Piano precedente, con riferimento alla cessione a terzi dei servizi di supporto, con riferimento al Centro di Umbertide, con riferimento anche alla Fondazione Agarini. Da questo punto di vista, però, riteniamo che, se giustamente si chiede di fare una verifica su come sono andate queste esperienze, sia altrettanto giusto che il governo regionale sia rapido nell'attuazione di tutto quello che è in capo al governo regionale, con riferimento, per esempio, a tutto quello che attiene il privato accreditato e che attiene quindi i percorsi, perché è riconosciuto sia nel monitoraggio che è stato fatto del vecchio Piano, sia nelle pagine dedicate (la 96 e la 98) a questo per quanto attiene la materia dell'accreditamento, il fatto che questo ancora è un ragionamento che si fatica a compiere nella nostra regione.

Mi pare assolutamente accantonata, invece, l'ipotesi a suo tempo fatta dall'Assessore appena nominato, in base alla quale si sarebbe fatto un ragionamento rapportato alle liste di attesa per quanto riguardava le varie strutture legate al privato; anche su questo crediamo, quindi, che ci sia stato sicuramente un passo indietro rispetto a quelle che probabilmente erano le aspettative iniziali. Questa è la seconda rapida valutazione che affido ad osservazioni di carattere generale.

Terza osservazione: facevano un po' sorridere le pagine dedicate ai Direttori generali, in cui si enuncia la volontà di collegare gli stessi con la gestione della sanità. Facevano un po' sorridere perché, effettivamente, degli ultimi avvenimenti si può essere capito molto poco, però si sono capite comunque due cose: che sicuramente le nomine dei Direttori Generali sono un fatto politico e che sicuramente la squadra dei Direttori Generali, o comunque i risultati ottenuti dai Direttori Generali, non erano poi così esaltanti come detto in tutti questi mesi, in quanto non ne è rimasto uno al proprio posto. Quindi, al di là delle indicazioni che si individuano nel Piano, per cui si dice: colleghiamo i Direttori Generali con la gestione della sanità, in linea generale, e rendiamo questi poteri un po' più "democratici", è chiaro che tutto questo, poi, si scontra con la vera e normale attuazione della politica della Giunta regionale.

E questa è la terza osservazione relativa all'impianto complessivo del Piano Sanitario Regionale, con una consapevolezza di fondo: non credo che questo sia - forse potevo dirlo all'inizio, ma ve lo do come giudizio - un Piano destinato ad incidere realmente sulla politica

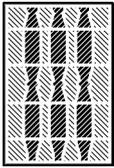


sanitaria in questa regione, perché le indicazioni che vengono date continuano a non avere alcune caratteristiche che invece ormai la programmazione regionale dovrebbe avere, cioè l'indicazione precisa in ordine ad analisi ed obiettivi che si intendono raggiungere, con l'individuazione anche, in linea generale, delle risorse. Sembra più un libro descrittivo, per certi aspetti, con alcune puntate un po' più ideologiche di altre, un po' più contorte di altre - ovviamente dal nostro punto di vista - però in realtà non ci pare che abbia quella coerenza che invece un Piano di questo genere dovrebbe avere.

A differenza del lavoro che è stato svolto negli altri anni, questo Piano Sanitario aveva alle spalle - e questo va ricordato al Consiglio - un lavoro di monitoraggio: a Todi fu presentata l'analisi di monitoraggio sull'attuazione del Piano Sanitario Regionale attraverso la quale sono state individuate le carenze nella gestione del Piano precedente. Debbo dire, nella critica generale, che è stato invece uno degli aspetti positivi che vanno segnalati. Andava fatto, però, secondo noi, un passo in più: avendo un lavoro di questo genere, un lavoro di analisi sul Piano Sanitario Regionale vecchio, si poteva tranquillamente immaginare uno strumento più snello, con il quale, individuate le carenze della precedente gestione, si individuavano con molta semplicità le cose da correggere e da risottolineare, in un quadro complessivo di determinatezza con riferimento agli obiettivi e anche in ordine all'individuazione delle risorse.

Quinta osservazione: è un Piano che si lascia dietro degli strascichi con i livelli territoriali, e di questi vorremmo ricordarne due che sono stati i più macroscopici: Spoleto e il Trasimeno. Sul caso di Spoleto non mi soffermerò molto, perché sono stati anche predisposti alcuni emendamenti dai colleghi, per cui ci sarà sicuramente modo di approfondire via via le tematiche. Certo, noi abbiamo assistito ad un dato politico: la città parte comunque dal presupposto di essere in un certo senso penalizzata dalle scelte globali che vengono individuate dal Consiglio regionale. Questo lo dico a prescindere dalle correzioni che via via sono state introdotte, che parzialmente accolgono le richieste che erano state fatte dai vari comitati sorti nella città di Spoleto.

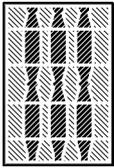
C'è un altro punto aperto, quello di Castiglione del Lago e di Città della Pieve, che si capisce ancora di meno, perché l'accorpamento dei due ospedali ha un senso in tanto in quanto si individuano delle linee complessive di risorse; ma mentre, per esempio, le risorse



per lo studio di fattibilità dell'ospedale Todi e Marsciano sono state individuate, la vicenda di Castiglione del Lago e di Città della Pieve è ancora completamente da analizzare. Non solo: su questo credo ci fosse un impegno a suo tempo assunto, che, comunque sia, alcune scelte di fondo per quanto riguarda la programmazione regionale dovevano essere assunte anche in base ad un confronto con la popolazione, che non è così sciocca da non capire che le strutture non possono rimanere in piedi così come sono; anche un comitato determinato e abbastanza ostico com'è quello di Città della Pieve, che devo dire ha resistito nel corso degli anni, credo abbia la consapevolezza che non può rimanere in piedi così com'è, quella realtà.

Però, detto questo, noi crediamo, proprio perché non c'è stata ancora una condivisione complessiva - e questo non lo dice il centrodestra, strumentalmente, ma è un problema che è emerso anche nell'ultima Conferenza dei Sindaci dell'A.S.L. 2, dove non è che ci sia una componente squisitamente di centrodestra, anzi, tutt'altro, sono quasi tutti, evidentemente, di centrosinistra - che servirebbe una meditazione sul percorso, oltre al fatto che, a nostro avviso, comunque, è necessario in questi casi avere anche la certezza dei soldi, perché mettere in allarme o comunque creare una serie di punti interrogativi in una realtà territoriale quando non ci sono neanche i fondi per immaginare uno studio di fattibilità è quanto meno prematuro. Ecco perché immaginiamo dei percorsi che possano avere dei riscontri di carattere completamente diverso.

C'è un'altra vicenda territoriale, e su questa vorrei soffermarmi, che è quella di Gubbio-Gualdo: abbiamo letto sulla stampa una serie di dichiarazioni anche abbastanza violente, credo che siano state fatte anche a Gualdo, alla Festa dei Maestri Ceramisti, qualche sera fa, mi pare proprio dalla Presidente (me lo hanno riferito, io non c'ero). Io non credo che tutte le volte che c'è un intoppo burocratico possa esserci una gara a chi strilla più forte nei confronti dell'INAIL, perché tutti sanno - c'è stata tra l'altro anche una conferenza congiunta - lo sforzo fatto per mantenere fede agli impegni presi per Gubbio e Gualdo (poi qui c'è il coordinatore regionale, che è il relatore di minoranza, che ha già fatto tutte le ricerche e le valutazioni del caso), ma anche per Montefalco. Quindi credo che su questo serva un atteggiamento un po' più consapevole degli atti che si pongono in essere e meno tendente al gridare allo scandalo solo perché adesso l'INAIL si trova in una posizione di commissariamento, e quindi può essere facile, ad ogni intoppo, strillare nei confronti



dell'istituto stesso.

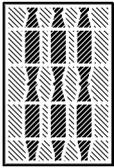
Indubbiamente queste sono questioni di natura territoriale, legate ad un punto che qualifica il Piano, che è quello dell'edilizia sanitaria e della riorganizzazione della rete, questioni che rimangono a nostro avviso aperte e sulle quali, comunque, deve esserci una metodologia e un'impostazione diversa per quanto attiene l'approccio complessivo.

Ci sarebbero da fare altre osservazioni sempre di carattere generale - consentitemelo perché, essendo le prime pagine, sono quelle su cui cade l'occhio - che riguardano, ad esempio, i principi e i valori a cui si ispira il Piano. Io credo che si poteva anche inserire tra gli obiettivi, i principi ed i valori il concetto che riguarda nello specifico la qualità.

Altre brevissime osservazioni che riguardano alcune cose che invece colpiscono, per le quali l'Umbria è ancora indietro: per esempio, la faccenda dei dipartimenti ospedalieri. Io credo che quest'aula si sia quasi accartocciata, perché si risente parlare del fatto che non sono partiti i dipartimenti ospedalieri, senza considerare che è una vita che stiamo ragionando in ordine ai dipartimenti ospedalieri e al fatto che sono un modello organizzativo indispensabile. Fin da quando fu approvata la 311 - ma anche prima, mi pare - si discute con riferimento a questa vicenda dei dipartimenti ospedalieri.

Poi colpisce, debbo dire, la grande valenza che viene data all'organizzazione della Direzione regionale, che crediamo sia materia che attiene una riforma della legge sul personale, più che materia che riguarda la programmazione regionale, perché c'è un capitolo a parte degli impegni che la Giunta a questo riguardo dovrebbe assumersi.

Ci sono alcune questioni, invece, sulle quali abbiamo dei quesiti aperti che attengono la cornice complessiva relativa a quanto era previsto dal Patto per lo Sviluppo. Perché? Perché, come dicevo inizialmente, noi siamo consapevoli del fatto che questo atto è importante per quanto attiene complessivamente l'attuazione del Patto per lo Sviluppo. L'ammodernamento e la razionalizzazione della rete ospedaliera, tanto per fare un esempio, trovano una loro sede specifica proprio nell'azione strategica che riguarda la tutela del diritto alla salute, e, ovviamente, noi crediamo che il Piano Sanitario avrebbe dovuto puntare un po' più l'attenzione su alcune cose che erano previste dal Patto stesso. Penso, ad esempio, alla possibilità di utilizzo - cito dal Patto - del *project financing* per realizzare le strutture di



supporto non sanitarie; penso ad alcune questioni che riguardavano l'obiettivo relativo alla legislazione di supporto per il mondo delle cooperative e delle famiglie; penso al discorso di limitare i danni derivanti dall'errore medico etc. etc..

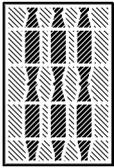
Su questo partiamo dal presupposto che, per una coerenza complessiva, gli obiettivi e gli impegni che la Regione si era assunta in ordine ai contenuti relativi all'approvazione del Piano Sanitario Regionale dovevano essere sicuramente rafforzati nel contesto generale delle oltre 200 pagine del Piano, con riferimento ad alcuni punti che erano senz'altro qualificanti, se si parla di programmazione in materia di sanità. Lo dico perché, chiedendo impegni anche ad altri soggetti - penso alle organizzazioni sindacali e all'Università degli Studi - è ovvio che ognuno, come si dice sempre, debba cercare di fare la propria parte.

Da ultimo - e mi scuso se la mia è stata un'esposizione non sistemica, ma, ripeto, la parte più logica l'hanno svolta i relatori, io ho dato qualche indicazione di massima - rimane aperto tutto il ragionamento che attiene la qualificazione della domanda; credo che questa sia una parte problematica, in quanto il concepire i bisogni reali, il capire effettivamente se sia solo la domanda che va qualificata e se invece debba essere qualificata l'offerta, sia una di quelle parti in cui il Piano descrive un problema, ma in realtà non individua delle specifiche soluzioni. Basti pensare a tutta la partita che si collega a questo concetto e che riguarda la comunicazione e l'appropriatezza.

Chiudo, anche se mi rendo conto che il mio è stato un ragionamento un po' per punti, ma sicuramente poi i colleghi nei loro interventi entreranno nelle altre definizioni. Riteniamo comunque che questo Piano sia più descrittivo che incisivo, con riferimento ad alcune questioni di politica generale in materia sanitaria che dovevano essere affrontate.

**PRESIDENTE.** Grazie, Consigliere Modena. La parola al Consigliere Lignani Marchesani.

**LIGNANI MARCHESANI.** Mi scuso anticipatamente con i colleghi per la qualità della mia voce, che non è delle migliori. Cercherò in maniera sintetica, per quanto possibile, di esprimere considerazioni inerenti il Piano, molte delle quali peraltro sono già state anticipate dai miei colleghi. Dico anche che in buona parte il mio intervento, anche per incarico del mio



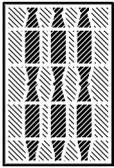
gruppo, sarà finalizzato alla parte più prettamente di risvolto sociale del Piano Sanitario Regionale, quindi sulle problematiche inerenti i dipartimenti di prevenzione e protezione e sulle questioni riguardanti le problematiche dei centri per gli anziani.

Devo cominciare, però, con qualche considerazione sulla situazione della politica sanitaria nazionale e sulle dichiarazioni che troppo spesso si vedono sulla stampa regionale. È bene dire che anche a livello nazionale, all'interno delle forze della Casa delle Libertà, nessuno vuole privatizzare il servizio sanitario nazionale, anche per le stesse dichiarazioni recenti del Ministro Sirchia, che ha dichiarato sia la sua appartenenza alla professione medica che soprattutto le sue esperienze lavorative in strutture sanitarie pubbliche, e che è quindi sua volontà potenziare il servizio sanitario nazionale da questo punto di vista. Sempre parole del Ministro: "In Italia storicamente c'è una mentalità orientata alla medicina pubblica sia da parte della popolazione che degli operatori, e questa va confermata; semmai si tratta di recuperare al pubblico quel 3% del PIL che gli italiani spendono di tasca propria per sopperire alle carenze e lungaggini di un servizio sanitario nazionale minato dai precedenti governi di centrosinistra".

Nel recente forum svoltosi a Roma sugli scenari e le prospettive della sanità italiana, all'interno dell'Istituto Superiore di Sanità si è sostenuto che il sistema pubblico ha bisogno di cambiamenti strutturali urgenti e bisogna accelerare il riposizionamento strategico del privato. Il privato deve essere in grado di fornire risorse finanziarie innovative e gestionali; il pubblico, invece, deve garantire universalità, equità e qualità, assistenza socio-sanitaria. In conclusione, le finalità ultime sono per un privato che deve essere manager ed un pubblico che deve essere garante.

Da poche settimane è stato pubblicato il Piano Sanitario Nazionale 2003/2005: la differenza tra questo e i precedenti, in particolare quello di Rosi Bindi, è che qui si indicano pochi obiettivi chiari, raggiungibili e verificabili a posteriori, e non racchiude, invece, la precedente follia programmatica in cui si vuole provvedere a tutto.

I dieci punti del nuovo Piano Sanitario Nazionale prevedono principalmente: la riduzione delle liste di attesa; lo sviluppo dell'assistenza socio-sanitaria integrata per i disabili cronici ed anziani; lo sviluppo dell'ospedalizzazione domiciliare; lo sviluppo della formazione permanente degli operatori; trasformare i piccoli ospedali in centri per la prevenzione, la



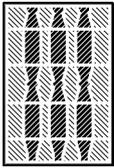
riabilitazione, la convalescenza, la prima diagnosi e il primo soccorso; potenziare i servizi di emergenza-urgenza; garantire la qualità delle cure e delle tecnologie sanitarie; favorire gli investimenti per la ricerca; sviluppare salutarî stili di vita; promuovere, infine, l'uso corretto dei farmaci.

Il Piano Sanitario Regionale 2003/2005 parte dunque con il piede sbagliato per una serie di dati che contrastano con queste finalità precedentemente espresse del Piano Sanitario Nazionale. Innanzitutto c'è un'ammissione di fondo sugli obiettivi mai raggiunti dai precedenti piani sanitari regionali, proprio un'ammissione di non poter raggiungere gli obiettivi che anche questo Piano Sanitario si è prefisso.

Il Servizio sanitario regionale costa, dati alla mano, circa 2.440 miliardi di vecchie lire, una spesa ripartita più o meno tra un 53% per gli ospedali e un 47% per il territorio; questi dati, ovviamente, sono di fonte del medesimo Assessorato regionale e della sua rivista. L'obiettivo del precedente Piano Sanitario Regionale era quello, invece, di raggiungere una parità tra spese per il territorio e spese per gli ospedali; si partiva da un 55% degli ospedali e un 45% dei distretti-territorio, con l'obiettivo di arrivare a 50 e 50. Questo obiettivo è manifestamente fallito per bocca stessa del dettato e delle dichiarazioni del Piano medesimo. C'è quindi una contraddizione tra quanto scrivono i tecnici dell'Assessorato e quanto si è prefigurato invece l'Assessore. Il dato più verosimile è quello espresso sempre dalla rivista di espressione dell'Assessorato regionale, che appunto parla di una diminuzione addirittura al 43%.

Ma, di fatto, lo stesso Piano Sanitario Regionale parte da una serie di considerazioni su quanto non funziona: in primis, la Direzione regionale della sanità e dei servizi sociali è inadeguata, carente e non all'altezza, numericamente e qualitativamente, sia per raccogliere le sfide che imporranno i tempi di realizzazione, sia per quanto verrà imposto dalla riforma federalista dello Stato. A seconda di come lo si voglia chiamare, si andrà incontro, nolenti o volenti, ad un neocentralismo delle Regioni, con gli Assessorati che diventeranno giocoforza 20 piccoli ministeri della salute.

Inoltre, i dipartimenti di prevenzione non hanno sufficiente autonomia gestionale e finanziaria; su questo tornerò in seguito, ma intanto tre esempi generali: l'ARPA che non decolla; il Servizio prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro - e abbiamo sotto gli occhi tutti gli incidenti sul lavoro che capitano in questa regione - il Servizio di igiene degli



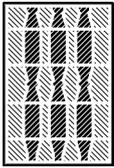
alimenti e nutrizione e quello di Igiene degli alimenti di origine animale, che ovviamente hanno delle carenze che sono sotto gli occhi di tutti. Inoltre, sempre sul piano generale del Piano Sanitario Regionale, una carenza del sistema informativo.

Altro parametro: distretti e centri salute che non hanno avuto le deleghe previste dalla Legge 3/98 e non hanno potere organizzativo. In particolare, non c'è collaborazione tra distretti e centri salute e i medici di medicina generale; inoltre, i medici del distretto pensano di dover interagire con i medici di base partendo da una posizione gerarchica; a loro volta, i medici di medicina generale pensano di poter perdere la loro autonomia professionale, creando un circuito sicuramente dannoso. Tra i medici dei distretti e dei dipartimenti non c'è collaborazione, per eterogeneità di visione organizzativa e gestionale. Infine, ci sono contrasti tra i distretti e i centri di salute ed i rappresentanti degli enti locali.

Ci si lamenta della limitatezza dei fondi pubblici, e questo è un *refrain* cui assistiamo quotidianamente anche sulla stampa regionale, e invece, in base all'accordo di Fiuggi del marzo di quest'anno, l'Umbria avrà un aumento di fondi del 4%. Il Governo ha dunque rispettato l'accordo dell'8 agosto 2001 sancito con le Regioni, che prevedeva un aumento del 4% fino al 2005, fino a far raggiungere al Fondo Sanitario Nazionale una quota del 6% del PIL, mai raggiunta prima.

Nel Piano Sanitario si fa la solita politica di pianificazione di tipo sovietico con netta chiusura ai privati, che pure, come abbiamo detto, potrebbero svolgere una funzione di traino anche economico. L'unico esempio di collaborazione pubblico-privato degno di questo nome, se così si può chiamare, è quello del Centro di riabilitazione di Umbertide con la partnership dell'Istituto Prosperius; un falso privato, visto chi di fatto presiede questo istituto, un ex Presidente della Giunta regionale. Altra privatizzazione in sanità in Umbria è l'appalto di alcune A.S.L. delle mense ospedaliere per i degenti, che di fatto è stato affidato alle solite ben note cooperative pronte per la gestione; anzi, in questi ultimi due anni è saltato quasi quel minimo di convenzionamento con le strutture private che c'era per particolari prestazioni, come le ecografie, la fisiochinesiterapia e quant'altro, qualche prestazione specialistica per limitare le liste di attesa; siamo oggi al minimo storico.

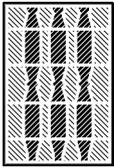
Se pensiamo poi a quello che è stato fatto per la farmaceutica, costringendo per mesi



medici e pazienti a defatiganti file per ottenere i farmaci salvavita, e a come vengono trattate le farmacie non pubbliche, falciate dall'erogazione diretta dei farmaci al paziente da parte delle A.S.L. o delle Aziende Ospedaliere, possiamo ben comprendere il clima che si vive in campo sanitario nella nostra regione.

Non meravigliano quindi i tanti articoli di questi giorni, di cui sono pieni i quotidiani locali, ed il grande dibattito che c'è stato - grande dal punto di vista quantitativo, non certo dal punto di vista delle assicurazioni che ha dato l'Assessore alla Sanità - sulle nomine dei manager delle A.S.L. o delle Aziende Ospedaliere, frutto di merce di scambio e di feroci lotte intestine nei partiti della maggioranza di centrosinistra. La sanità in Umbria è di fatto la maggior roccaforte del sistema di potere, il settore nel quale è più pesante la mano politica e partitica, in particolar modo dei partiti di centrosinistra, anzi esclusivamente di essi. È il centro di enormi interessi economici, di profitto, di carriere e di potere strettamente inteso. I manager sono la *longa manus* della Sinistra nella gestione quotidiana dell'assistenza, sia essa ospedaliera o territoriale. Avere un manager dell'A.S.L. amico e confidente può essere più importante di un Assessore o di un Sindaco. Le A.S.L. gestiscono centinaia di miliardi, concorsi, appalti, nomine e carriere, e questo la dice lunga sul livello a cui è arrivata la nostra sanità.

Per quanto attiene la situazione negli ospedali, il tasso in Umbria si trova attualmente nella media nazionale e con questo Piano si ambisce a portarlo al 3,7‰, che è fuori da ogni logica, creando non pochi problemi; sto parlando ovviamente dei posti letto, il cui tasso di utilizzazione è intorno all'80%. La durata media della degenza è più bassa del dato italiano. Per portare la spesa dell'assistenza ospedaliera dal 46% al 43% (cioè un -3%), diminuendo ancora i posti letto per acuti, si produce un solo fenomeno, grave e diffuso, purtroppo: quello delle dimissioni precoci. Cioè, i pazienti vengono dimessi subito dopo l'intervento, ancora con i punti di sutura e in condizioni precarie, tanto più che le cosiddette "dimissioni protette" - cioè dimettere precocemente un paziente dall'ospedale per affidarlo all'assistenza domiciliare del distretto e del centro salute - incontrano forti ostacoli per i limiti e i difetti organizzativi dei quali abbiamo parlato prima: molti presidi territoriali lavorano solo la mattina, c'è poca sinergia con i medici di famiglia, il personale è insufficiente e poco



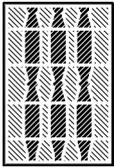
motivato economicamente. Quindi le previsioni che dà il Piano sono del tutto fuori luogo, basate su una scarsa conoscenza della realtà assistenziale della nostra regione o su un evidente dolo di voler nascondere una realtà con un atto che rimane fine a se stesso.

C'è anche una forte carenza di posti letto per la riabilitazione, poche RSA - ci tornerò in seguito - e un riammodernamento della rete ospedaliera, con il completamento dell'Ospedale Silvestrini, che è ancora ben lungi dall'essere completato. Quindi un ridimensionamento dei posti letto, come si evince dal riammodernamento dell'intera rete ospedaliera regionale, è ben lungi dal poter essere attuato. D'altra parte, il tasso di ospedalizzazione dell'Umbria è oltre la media nazionale: nel 2000 il 227%, compreso day-hospital e day-surgery. Con il tasso di invecchiamento della popolazione e la dislocazione geografica di alcune realtà, dove fuori dall'ospedale poco esiste di assistenziale, c'è molto da lavorare per riprogettare tutto il campo dell'assistenza.

Tralascio per brevità tutto il discorso legato agli accorpamenti nella rete degli ospedali, perché già proficuamente ricordato prima, passando invece ad un'analisi più qualificante di quelle che sono le problematiche di carattere sociale cui facevo riferimento prima.

In primis, il problema delle RSA. Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 22 dicembre '89 ha istituito le Residenze Sanitarie Assistenziali e ne sono stati definiti i parametri strutturali, tecnici e funzionali. Il Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio '97 riprende detto decreto e lo modifica: le RSA sono strutture sanitarie che rientrano nei piani sanitari sia nazionali che regionali. La Legge Turco prevede, nella riforma dei servizi sociali, le residenze protette come strutture per accogliere anziani non autosufficienti, considerandole quindi cosa differente, ovvero strutture sociali.

Prima dell'emanazione di queste due ultime norme, la Regione Umbria, con il Piano Sanitario 1999/2001, ha individuato una fattispecie di struttura di ricovero per persone anziane non autosufficienti, chiamandola "Residenza Protetta", ha mutato gli standard del D.P.C.M. dell'89, modificandoli nella consistenza e li ha applicati alla residenza protetta. Oggi, di fatto, vediamo, da una parte, la previsione di alcune residenze protette che vengono diffuse e pianificate, dall'altra l'impossibilità concreta e reale per il privato, soprattutto per il privato sociale, di accedere ad accreditamento, convenzione e quanto prima autorizzazione per quanto riguarda le RSA. Di fatto non è solamente una penalizzazione del privato in quanto

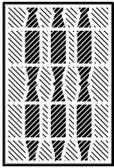


tale, cosa su cui potremmo discutere, ma è anche una fortissima limitazione del privato sociale, con le relative conseguenze e, quindi, anche il venir meno di impegni presi anche in occasioni ufficiali sia dalla Presidenza della Giunta regionale che dall'Assessore competente alla Sanità. A tal fine riproporrò all'attenzione dell'aula un emendamento già proposto in Commissione.

Passando poi ai dipartimenti di prevenzione e protezione, essi hanno una loro importanza strategica, non solo per quello che prevede la Legge Bindi, ma anche per quella che è la struttura stessa della nostra regione. Facevo prima riferimento all'invecchiamento della nostra regione, che è un dato di fatto ineludibile, rispetto al quale ovviamente non possiamo fare assolutamente niente; ma partendo da questo dato, noi sappiamo quanto debbano essere importanti nel futuro la prevenzione e la protezione, sia per incidere positivamente sulle spese sanitarie, sia per mantenere una qualità della vita accettabile per una popolazione che, come dicevo prima, sta diventando sempre più vecchia.

È bene mettere subito in evidenza, quando si parla di prevenzione, le attività che afferiscono in modo concreto e preciso alla struttura complessa ed articolata del relativo dipartimento, da distinguere e circoscrivere rispetto a quello di pertinenza, e tutti gli altri attori che con esso interagiscono, seppure importanti, in quanto concorrono alla prevenzione intesa in senso generale e non strettamente primaria, assicurata invece dagli almeno 6 servizi previsti dalla legge 229/98, servizi beninteso a cui non sono state riconosciute apicalità, ad oggi. Per queste realtà non ci si può limitare alla semplice definizione - perché così è nei fatti - di assegnazione del 5% della quota di fondo da trasferire alle A.S.L.. È ora di quantificare concretamente le risorse assegnate ai servizi, tenendo conto di tutto ciò a cui essi rispondono operativamente secondo il mandato istituzionale.

Non si può quindi non valutare l'impiego delle risorse che si rendono necessarie in base alla realtà produttiva e socio-economica, opportunamente quantificata, di tutto il nostro territorio regionale, a partire dalle imprese industriali di ogni livello, agli ambienti di vita e di lavoro, fino all'esatta fotografia del nostro patrimonio zootecnico e agroalimentare umbro, ricco di tanta qualità e tipicità; realtà che nella sua complessità rappresenta tutto il contesto rispetto al quale si svolge l'utilissima ed insostituibile funzione di vigilanza e controllo svolta nei servizi del dipartimento di prevenzione, e che richiede, se non altro, almeno un calcolo

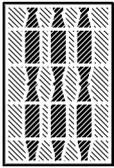


preciso dei fondi storici utilizzati e non un generico 5% che non ha mai trovato un riscontro pratico nell'attività di bilancio della sanità regionale.

Entrando poi nel merito di quanto il Piano Sanitario Regionale si prefigge, quello di assegnare obiettivi prioritari all'attività dei servizi, appare infelice a nostro parere usare il termine "autoreferenziale" rispetto a quelle che sono le attività o prestazioni tradizionali da essi erogate, in quanto in parte condizionate da vincoli burocratico-legislativi. Quelle che invece vanno salvaguardate sono proprio le attività cosiddette tradizionali, se almeno ci si riferisce a quelle di vigilanza e di controllo, semmai implementate da un approccio aggiuntivo che non le snaturi, ma le integri, come anche la cosiddetta analisi del rischio, quando ci si riferisce, appunto, ai controlli sulla filiera agroalimentare.

È verissimo che la legislazione, soprattutto recente, ad emanazione comunitaria spesso non facilita i compiti degli addetti ai lavori; ma non sono loro che se la sono scelta, e comunque anche questa Regione ci mette del suo. Basti pensare alla vorticosa produzione di norme applicative del decreto legislativo 155/97, che stanno diventando un incubo per molte piccole imprese, invece che uno strumento di semplificazione e chiarimento per una norma che ha senza dubbio il suo valore e che una volta tanto appare semplice, bene interpretabile ed applicabile nei contenuti, come viene sottolineato da chi opera nel settore.

Ci domandiamo, invece, cosa si sia fatto di concreto a livello regionale per ottenere un minimo di semplificazione e chiarimenti applicativi nei confronti del turbinio di norme comunitarie prodotte negli ultimissimi anni. Certo, l'ausilio del supporto epidemiologico può contribuire positivamente a determinare delle priorità di intervento rispetto ad altre, ma senza correre il rischio di voler fare apparire trascurabili alcuni compiti finora svolti anche e soprattutto per mandato istituzionale, e che hanno garantito complessivamente i risultati di efficacia in termini di sicurezza e garanzie per la popolazione che solo la funzione di ufficiale di Polizia giudiziaria degli operatori del dipartimento può assicurare. Rispetto a questo, troppe volte assistiamo alla pubblicazione, attraverso i mass media, dei dati di attività repressiva, seppure notevole ed utilissima, dei NAS ed organismi similari, e non vengono adeguatamente sostenute e divulgate a livello istituzionale regionale quelle innumerevoli e quotidiane degli operatori dei servizi medici veterinari, in particolar modo, che incidono su tutte le tappe della filiera agroalimentare.



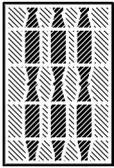
Per quanto riguarda poi il coinvolgimento di altri attori che concorrono a realizzare la funzione di sorveglianza epidemiologica, auspichiamo la massima collaborazione di tutti i soggetti che possono avere competenza in materia, ma sottolineiamo che i principali interlocutori rimangono solo ed esclusivamente gli stessi operatori del dipartimento di prevenzione, cioè la dirigenza medica e veterinaria che ha accumulato in tutti questi anni, con la presenza diretta sul campo, l'esperienza pratica ai fini della valutazione dei dati che la stessa sorveglianza epidemiologica può offrire, senza nulla togliere alle altre professionalità.

In ogni caso, parlare di integrazione tra queste varie realtà rimane pura chimera, se non si provvede prima a quella vera dei vari servizi che afferiscono al dipartimento di prevenzione, pur nel rispetto della loro autonomia e specificità, che spesso stenta a realizzarsi anche a causa delle carenze di risorse che ad essi vengono assegnate, o che alcune volte vede male utilizzate quelle esistenti per la mancanza di vero supporto ed attenzione da parte dei direttori generali. Una prova di questo, per esempio, la possiamo avere nella mancanza di uniformità, lì dove attivati, degli sportelli unici ai quali accedono le pratiche di avvio degli insediamenti produttivi di ogni tipo, non solo tra le varie A.S.L., ma anche a livello di aree territoriali corrispondenti alle vecchie U.S.L. nell'ambito della medesima Azienda sanitaria.

Anche la stessa divulgazione dei dati, specie di quelli strettamente operativi, vede spesso letture ed interpretazioni diverse nell'elaborazione dei flussi informativi. Problemi di questo tipo indicano che, nonostante siano passati anni dell'ultima riforma del servizio sanitario nazionale, l'integrazione operativa tra i vari servizi sia rimasta ancora solo sulla carta.

Siamo d'accordo sull'importanza strategica che si attribuisce al programma di formazione continua, che deve vedere sicuramente coinvolti tutti i soggetti istituzionali, compresi soprattutto gli ordini professionali, al fine di garantire quei livelli minimi necessari per la crescita e l'aggiornamento degli operatori, purché questi ultimi diventino veramente i primi attori e protagonisti nell'individuazione degli eventi formativi e di tutti gli strumenti ritenuti utili al raggiungimento dell'obiettivo, senza cadere quindi nel già citato autoreferenzialismo che troppe volte viene denunciato dagli stessi professionisti rispetto a chi produce eventi non sempre adeguati alle priorità formative, con costi non proporzionali ai benefici ottenuti.

Inoltre, è importante che non venga sprecata, anche in questa occasione, la piccola dimensione della nostra regione, realizzando un coordinamento di tutte le attività ECM con un

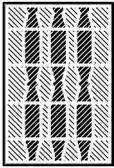


ruolo da protagonista degli ordini professionali, al fine di garantire il maggiore accesso possibile a tutti i soggetti interessati.

Ritornando alla funzione svolta dai servizi del dipartimento di prevenzione, prima di affrontare il nodo cruciale della loro organizzazione è importante approfondire la questione del coordinamento dei responsabili dei dipartimenti di prevenzione, che dovrebbe essere convocato e presieduto dal dirigente del servizio prevenzione sanità della direzione sanitaria dei servizi sociali, e la conferma del ruolo della conferenza permanente dei servizi veterinari. Non viene però precisato con che tempi e modalità queste due strutture importantissime dovranno operare, per evitare che, senza voler essere ripetitivi, una regione piccola come l'Umbria riesca ugualmente a muoversi in modo disomogeneo.

Finalmente, poi, viene toccato il tasto delicato dell'istituzionalizzazione del ruolo di dirigente del servizio 5, che ci sembra assurdo non veda la sua realizzazione attraverso l'espletamento di quelle procedure concorsuali che caratterizzano l'accesso alla dirigenza di struttura complessa, spesso disattese per la realtà degli stessi servizi dipartimentali, e non solo di questi. La mancanza o la resistenza nell'autorizzare i concorsi per queste figure professionali, già peraltro denunciate in una passata interrogazione del sottoscritto, la dice lunga sulla trasparenza con la quale si dovrebbero costruire le fondamenta per l'assetto dei servizi sia medici che veterinari; autorizzazioni che, quando vengono concesse, non vengono concepite in una prospettiva di riordino ed organizzazione generale ed omogenea su tutto il territorio regionale dei servizi, ma per costruire questi sulle teste di soggetti già individuati, e solo in alcune A.S.L. della regione. Spesso, infatti, nonostante la voce grossa fatta da alcune organizzazioni sindacali - sottolineiamo: alcune, non tutte - il ruolo apicale dei servizi ancora in molti casi non viene ricoperto, se non con nomine transitorie, al di fuori quindi dei criteri di legge tuttora in vigore. Ci riferiamo al D.P.R. 484/93 e alla stessa 229/99, che parla molto chiaro, soprattutto quando ribadisce certi principi, definendo le modalità di accesso al ruolo di responsabile dei dipartimenti di prevenzione.

Proprio per tornare ai compiti specifici che quest'ultimo ricopre - ribadiamo: specifici - ci chiediamo ancora cosa si intende precisamente quando si parla di attività inutili, da individuare da un apposito gruppo tecnico regionale, e soprattutto con che modalità esso verrà individuato, come dovrebbe essere composto, se nel rispetto delle realtà e delle

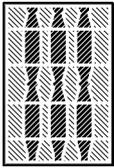


competenze dei servizi stabiliti per legge, o in base a chissà quali criteri avulsi da esse, soprattutto rispetto a quelli che definiscono i livelli essenziali di assistenza stabiliti dal Governo nazionale.

È a questo punto che ci poniamo il più grosso interrogativo rispetto a quanto prevede questo nuovo Piano Sanitario Regionale: si parla di 4 direttrici principali lungo le quali verranno privilegiati i principali ambiti di attività, che non si capisce bene se sono solo raggruppamenti di aree omogenee che si racchiudono in servizi già esistenti, oppure se si celano altri obiettivi. Allora bisognerà sin da adesso chiarire, specie per i servizi veterinari, come dovranno riorganizzarsi e quali saranno le strutture complesse minime per ogni realtà professionale, medica o veterinaria, che ogni dipartimento dovrà prevedere per assicurare i compiti di istituto. Altrimenti quello che temiamo è di venirsi a trovare di fronte a un calderone di entità nuove e indefinite, che prenderanno una fisionomia che risulterà estranea ai principi di uniformità richiesti a livello regionale per l'organizzazione dei servizi, calate sulla testa degli operatori con varie formule da adattare su quelle esistenti, gradite nelle singole A.S.L..

Per esempio, ci preoccupa veder parlare senza le dovute precisazioni di sicurezza alimentare, quando questa viene rivendicata anche dal Ministero e dagli Assessorati regionali alle politiche agricole. Ma questa problematica in termini sanitari assume tutto un altro significato, che andrebbe meglio sviluppato spiegando quali saranno gli interlocutori principali nell'ambito del dipartimento di prevenzione, assicurando alla professione veterinaria il suo naturale ruolo di sanità pubblica e il consolidamento delle sue tradizionali competenze in materia di vigilanza e controllo sugli alimenti. Speriamo di cuore di essere quindi rassicurati su queste ultime considerazioni, pena l'annullamento delle garanzie per la salute dei cittadini che dovrebbero scaturire da questo primo e fondamentale anello della sanità.

Mi accingo a concludere, anche se avrei molto altro da dire in altri settori della sanità. Chiaramente, mi accingo a concludere tirando le somme per quanto riguarda le denunce di insufficienze che avevo fatto all'inizio del mio intervento, non senza prima fare un accenno al problema che avevo sollevato anche in passato con apposite interrogazioni - di cui ancora attendo risposta - rispetto alla lotta alle nefropatie. È un paragrafo, quello del Piano Sanitario, che non dice niente, non comunica né criticità né strategie. Il Piano Sanitario Regionale



precedente non è stato realizzato. Si pone attenzione in questo Piano alla raccolta e all'analisi dei dati epidemiologici, per altro già precedentemente effettuati e consultabili nel sito web della Società Italiana di Nefrologia. Il più grande problema è quello dei posti di dialisi, insufficienti per una popolazione in continuo invecchiamento, fatto già denunciato da anni. Strutture private già esistenti sono state boicottate e non hanno ottenuto la convenzione. L'organizzazione degli ospedali di territorio è inadeguata, nonostante che da anni tale situazione sia stata denunciata.

L'ospedale di Gubbio non ha un'équipe nefrologica che segua la dialisi e la prevenzione della patologia reale; gli ospedali di Assisi e Marsciano funzionano part-time, nonostante l'elevato numero di pazienti trattati - terzo centro di dialisi in Umbria - e la notte e i festivi i pazienti hanno come unico riferimento l'ospedale di Perugia, che dovrebbe fare solo alta specializzazione, e quindi impiega personale dedicato in modo irrazionale e incongruo. I pazienti dializzati con patologie croniche di accompagnamento non hanno posti letto e di ricovero ad Assisi e Marsciano.

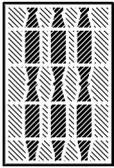
Per ultimo, l'Azienda sanitaria di Perugia n. 2 utilizza come consulente un dipendente dell'Azienda Ospedaliera di Perugia in veste individuale e non di équipe, per effettuare attività di emodialisi, come previsto invece dalla normativa. Sia l'ospedale di Marsciano e di Assisi, che quello di Gubbio, non hanno assunto personale specializzato in nefrologia, ma utilizzano contratti libero-professionali chiaramente a discapito di chi lavora.

Altro capitolo a parte, che è stato solamente in parte recepito, e similare, anche se diverso è il problema, è quello del personale medico del 118.

L'Azienda Sanitaria Locale di Perugia non ha ancora assunto un dirigente di secondo livello, come peraltro autorizzato tre anni fa dalla Regione Umbria, e questo per tutelare interessi non chiaramente comprensibili. Evidentemente l'attuale responsabile non ha o i titoli o il curriculum necessari a dirigere un centro dialisi importante, per numero e tipologia di pazienti, come quello della A.S.L. n. 2.

Concludo questa analisi, puntualizzata solo in alcuni punti, con delle considerazioni di carattere generale.

La sanità umbra, in definitiva, ha bisogno di definire cos'è la qualità in maniera organica, non solo con vuote parole; quali siano gli strumenti di monitoraggio e le professionalità



deputate al controllo, perché qui abbiamo una commistione tra controllori e controllati, ad oggi non più accettabile; attuare piani di investimento sull'aggiornamento obbligatorio del personale; migliorare le strutture esistenti e razionalizzarle; chiudere ciò che non serve; creare in periferia strutture per anziani, per lungodegenti e per patologie a bassa specializzazione; investire sugli ospedali di eccellenza in termini di tecnologie, personale ed aggiornamento; coordinare periferie e centro, al fine di dividere ed integrare i compiti e diminuire i doppioni; demandare al privato quanto è a bassa specializzazione e verrebbe a costare meno, se gestito da tali strutture. Tutto ciò non è bene articolato nel Piano Sanitario Regionale.

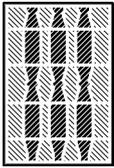
Ci auguriamo, quindi, che alcune proposte fatte dall'opposizione vengano recepite anche in itinere, perché il Piano così com'è non è ovviamente accettabile, perché non possiamo assumerci la responsabilità di avallare qualcosa che diminuirà la qualità della vita degli umbri nei prossimi anni.

#### **ASSUME LA PRESIDENZA IL VICE PRESIDENTE PIETRO LAFFRANCO.**

**PRESIDENTE.** È iscritto a parlare il collega Donati, ne ha facoltà.

**DONATI.** Con il consueto ritardo, tanto che il fatto in sé non rappresenta più un limite meritevole di essere censurato, la Giunta regionale presenta in aula un Piano Sanitario Regionale che contiene, a nostro giudizio, luci ed ombre; purtroppo vi rileviamo poche luci e molte ombre.

Bisogna altresì riconoscere che il testo in discussione, privo di alcune scelte significative nel testo originario varato dalla Giunta regionale, è stato notevolmente migliorato nel corso dei lavori della Commissione competente. Il confronto è stato dunque proficuo in quella sede e ha permesso di inserire alcuni contenuti, secondo noi non marginali, che rendono meno generico e quindi più concreto l'impianto complessivo del nuovo Piano Sanitario Regionale 2003/2005. Sono stati approvati in Commissione degli emendamenti che vanno nella giusta direzione, nella direzione di assicurare risposte serie e puntuali alle reali esigenze dei



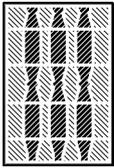
cittadini umbri, soprattutto a quelle categorie più svantaggiate, come possono essere, tra gli altri, gli anziani e i disabili.

Alcuni emendamenti approvati, è giusto riconoscerlo, arricchiscono il nuovo Piano Sanitario Regionale, pur non riuscendo a riempirlo di contenuti tali da fargli superare un carattere complessivamente insufficiente rispetto alle crescenti esigenze di una società regionale in rapida trasformazione.

Ricordo brevemente tali positivi emendamenti inseriti nel Piano: quello relativo alla salute mentale, con il giusto riconoscimento del rilievo che essa assume in un sistema di sanità cosiddetta "pubblica"; quello relativo ai comitati consultivi degli utenti, che promette nuove e più stringenti funzioni di tali organismi, definendoli strumento della partecipazione dei cittadini, chiamati finalmente a concorrere, insieme alle Conferenze dei Sindaci e ai Consigli comunali, alla programmazione socio-sanitaria collegata ai Piani Attuativi Locali, di concerto con le A.S.L. e le Aziende Ospedaliere. Una buona cosa, questa, se il tutto non fosse ancora una volta rimandato all'ennesimo regolamento-tipo, che dovrà essere emanato dalla Giunta regionale entro sei mesi dall'approvazione del Piano in discussione.

Positivo l'impegno di avviare un programma triennale di opere volte all'ammodernamento dei centri salute e dei vari distretti territoriali, come è da considerare e condividere del nuovo Piano Sanitario un impianto centrato essenzialmente su un'attenta osservazione epidemiologica per cercare di garantire, a differenza del passato, un'efficace programmazione socio-sanitaria degna di questo nome.

Anche se il fatto di individuare uno dei limiti del precedente Piano Sanitario di per sé non risolve il problema automaticamente - sarebbe troppo bello - le perplessità rimangono tutte, visto che gli strumenti individuati nel nuovo Piano (quali una migliore comunicazione, uno sviluppo della rete degli uffici per le relazioni con il pubblico, il sistema della carta dei servizi) sono tutte forme già sperimentate nel recente passato e tutti sanno che tali strumenti non hanno dato i risultati sperati a favore dei cittadini utenti del servizio sanitario regionale. Il riconoscere ai cittadini nel loro ruolo di pazienti una funzione cruciale nella valutazione della bontà o meno dei servizi sanitari offerti è importante, ma di per sé non sufficiente al fine di un loro consapevole coinvolgimento nell'esperienza di utilizzo positivo dei servizi sanitari messi a loro disposizione. Come non garantisce di per sé l'obiettivo di assicurare a tutti, ma proprio



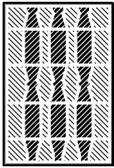
a tutti, a prescindere dalle loro condizioni materiali e immateriali, una vera parità di accesso di tutti i cittadini ai servizi sanitari regionali. Un'equità di accesso che va garantita e che fino ad oggi, bisogna riconoscerlo onestamente, al di là delle buone intenzioni, non si è verificata in modo almeno sufficiente ed uniforme in tutto il territorio regionale, come sarebbe invece stato necessario nel rispetto della tradizione di civiltà che contraddistingue da sempre la nostra regione.

Prevedere di sviluppare nel prossimo triennio le attività del dipartimento di prevenzione è cosa buona e giusta; in questo senso implementare le attività di iniziativa verso la prevenzione significa destinare risorse sufficienti a tale scopo, al fine di ottenere un sicuro guadagno di salute, come suggerisce il buon senso, oltre che un organismo internazionale come l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Assegnare a quest'area di spesa, come indicato nel Piano, solo un misero 5% del fondo da trasferire alle A.S.L. è una misura largamente insufficiente, Assessore, che trasforma una scelta importante e per questo condivisibile in una scelta puramente propagandistica della Giunta, purtroppo non la sola contenuta nel nuovo Piano Sanitario in discussione.

Come definire altrimenti la realizzazione di una vera e propria rete integrata tra attori collocati sia dentro che fuori dal sistema sanitario regionale? Un obiettivo non solo condivisibile ma addirittura, noi pensiamo, indispensabile ed urgente per assicurare efficienza ed efficacia al sistema della cosiddetta "prevenzione". Peccato che il Piano si limiti semplicemente ad indicare la necessità di un collegamento funzionale tra i Dipartimenti di prevenzione, l'ARPA, l'ISPES, l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale e l'Assessorato regionale alla Sanità, senza precisare attraverso quali strumenti tecnico-giuridici raggiungere tale obiettivo e, soprattutto, attraverso quali risorse.

Come, peraltro, non è sufficiente individuare il disagio giovanile e la mancata prevenzione anche in questo settore come uno dei punti critici del nostro servizio sanitario regionale. Il Piano non indica soluzioni operative concrete, non rifugge come dovrebbe dalla solita retorica buonista, la quale lascia il tempo che trova e purtroppo lascia soli i giovani in un crescente disagio, impotenti le loro famiglie e spesso i loro insegnanti.

Il processo di progressivo invecchiamento demografico della nostra regione suggerisce una serie di interventi diversificati a favore degli anziani, alcuni già presenti e sperimentati

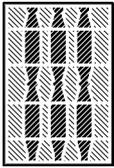


con successo nel precedente Piano Sanitario Regionale 1999/2001. È giusto che il nuovo Piano li riprenda, come in effetti fa, innovandoli per quanto possibile, ma i bisogni assistenziali in esso previsti per il prossimo triennio sono sottostimati, non saranno in grado di assicurare a tutta la popolazione anziana della nostra regione un'adeguata assistenza socio-sanitaria, come sarebbe giusto oltre che necessario. Si sottovalutano scientemente i bisogni, e la Giunta continua a sfornare patti ed osservatori di vario tipo, magari a forte valenza politica, ma di nessun rilievo per il soddisfacimento delle esigenze primarie dei cittadini amministrati. Come il Patto per la salute degli anziani e il neoistituito Osservatorio regionale sulla salute degli anziani possano incidere nelle condizioni di vita e quindi di salute degli anziani umbri è per me, ma credo non solo per me, un vero e proprio mistero.

Per quanto riguarda la politica di tutela materno-infantile il nuovo Piano Sanitario si limita a fotografare l'esistente, non nasconde punti evidenti di criticità nel settore, ma evita di intervenire rinviando il tutto al futuro Piano Sociale per gli interventi socio-assistenziali, scaricando così, poco elegantemente direi, sui soliti Comuni la soluzione dei disservizi denunciati giustamente da sempre più numerosi cittadini.

Gli obiettivi individuati nel nuovo Piano Sanitario per il prossimo triennio relativi ad una politica di sensibile potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata sono ambiziosi, condivisibili, non altrettanto chiare sono le risorse da cui la Giunta intende attingere per raggiungere tali obiettivi. Risorse comunque ingenti per attivare seriamente e in modo equo le diversificate offerte previste nel nuovo Piano Sanitario, tra cui l'impegnativo e insieme innovativo, positivo varo del cosiddetto "assegno di cura".

Porsi l'obiettivo nel prossimo triennio di completare il processo di razionalizzazione e qualificazione dell'intera rete assistenziale regionale, anche attraverso un'opera di costante miglioramento dei presidi territoriali ed ospedalieri, è buona cosa, ma di per sé anche questa insufficiente. Tanto più quando si è consapevoli che per le ragioni più diverse, vuoi per il difficile reperimento delle risorse necessarie, vuoi per altre ragioni, magari di carattere politico, non sarà possibile realizzare nei tempi e nei modi previsti tali progetti di razionalizzazione. Sarebbe stato più utile indicare nel nuovo Piano Sanitario traguardi meno ambiziosi ma più facili da concretizzare, magari tenendo conto del parere vincolante dei cittadini direttamente interessati e non solo delle loro amministrazioni comunali.



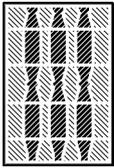
Porto come esempio significativo, anche se non esclusivo, il comprensorio del Trasimeno-Pievese, per il quale il Piano in discussione prevede l'accorpamento dei due ospedali storici di Città della Pieve e di Castiglione del Lago. È questa, secondo noi, una scelta sbagliata, non solo perché contrasta con la volontà della stragrande maggioranza dei cittadini interessati, ma perché l'ospedale unico previsto "di territorio", come viene ora chiamato, oltre a rappresentare un formidabile spreco di denaro pubblico, sarebbe chiamato ad assicurare una "offerta sanitaria" ad un territorio non omogeneo con un'utenza che in maggioranza mai si avvarrebbe del nuovo ospedale unico, preferendo servirsi del Polo unico ospedaliero del Silvestrini di Perugia, del nuovo ospedale di Orvieto e del nuovo nosocomio toscano di Nottola.

Nell'interesse della salute dei cittadini del Trasimeno-Pievese il nuovo Piano Sanitario deve prevedere il mantenimento, il migliore funzionamento e un sicuro sviluppo delle due sedi ospedaliere di Città della Pieve e di Castiglione del Lago. Su questo tema è stata recentemente attivata da un gruppo di cittadini, tra cui il sottoscritto, un'iniziativa referendaria per conoscere in modo democratico la reale volontà dei cittadini pievesi. Chiedo che, in attesa del responso delle urne, il Consiglio regionale non assuma in merito, attraverso il Piano in discussione, decisioni definitive, determinazioni perentorie.

Chiedo che la stessa attenzione il Consiglio regionale rivolga alle ragioni tutte fondate, secondo noi, per niente campanilistiche, manifestate dalle associazioni e dai comitati, dai cittadini della città di Spoleto a difesa del loro ospedale, ingiustamente penalizzato secondo quanto previsto nel nuovo Piano Sanitario in discussione.

Il nuovo Piano Sanitario Regionale complessivamente non rappresenta una risposta innovativa, alternativa alla controriforma sanitaria perseguita con lucidità e metodo scientifico dal Governo nazionale delle destre. In presenza della costante riduzione delle risorse trasferite dallo Stato alla Regione, la Giunta con questo Piano, invece di innovare, sceglie la conservazione dell'esistente, la difesa degli interessi corporativi di una ristretta cerchia di operatori sanitari, i soliti noti, a scapito della stragrande maggioranza del personale medico e paramedico, a cui si nega sia il giusto riconoscimento delle conquistate e manifestate professionalità acquisite, sia una retribuzione adeguata alle effettive mansioni svolte.

Il Piano Sanitario Regionale 2003/2005 conferma sostanzialmente la scelta del modello



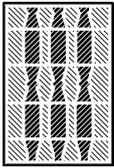
pubblico per la sanità dell'Umbria; è una scelta politica giusta che non vogliamo sottovalutare. Un servizio sanitario inteso come servizio pubblico, di questi tempi, con il Governo nazionale di destra che ci ritroviamo, è una scelta meritoria, controcorrente, di grande valore sociale e politico. Ma un Piano Sanitario Regionale che si vuole ispirato ai principi di universalismo e di equità sociale non può che essere basato sul metodo della programmazione per problemi; è questo metodo che non riscontriamo nel Piano in discussione, almeno non nella misura sufficiente ad aggredire con efficacia i limiti e i ritardi che da più parti sono stati evidenziati, soprattutto da parte dei cittadini utenti, ormai da troppo tempo nella sanità regionale.

Per l'insieme delle considerazioni che ho tentato di svolgere, riconosco in modo frammentario e incompleto, vuoi per miei limiti di conoscenza personale della materia sanitaria, vuoi per giusti limiti di tempo, il giudizio complessivo del Gruppo consiliare Misto Comunista sul nuovo Piano Sanitario Regionale 2003/2005 è un giudizio sostanzialmente critico.

**PRESIDENTE.** Grazie, collega Donati. Collega Zaffini, ha facoltà di parlare, prego.

**ZAFFINI.** Nel mio breve intervento vorrei partire da quella affermazione alla quale arrivava la collega Modena nella chiusura del suo intervento, cioè quella che lei diceva essere una sua sensazione, che questo Piano sarà un Piano che poco cambierà nelle vicende della sanità umbra, che poco cambierà nelle liturgie che regolano le situazioni della sanità regionale. Rispetto a questo non posso che essere d'accordo. Anch'io trovo che in questo atto non vi siano i requisiti propri di un atto di programmazione, non c'è un minimo di sistema di qualità, o comunque una definizione di elementi rispetto ai quali si possa definire il sistema della sanità regionale un sistema di qualità, perché, se mancano criteri oggettivi a cui riferirsi, cosa che invece, come voi sapete, colleghi, in altre regioni... Presidente, vedo che c'è una sorta di assembramento sovversivo...

**PRESIDENTE.** Colleghe, per favore, se potete...



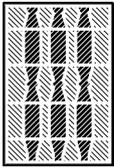
**ZAFFINI.** ... di “sinistri” figuri che credo vada assolutamente e tempestivamente sciolto, Presidente, potrebbe essere pericoloso...

**PRESIDENTE.** Proseguo, collega Zaffini. Colleghi, per favore, disquisite fuori.

**ZAFFINI.** Per la storia e per la gentilissima dipendente che redige il verbale continuerò a dire, Presidente.

Dicevo: in mancanza di criteri oggettivi rispetto ai quali definire di qualità il nostro sistema, tutto il resto potrebbe sembrare... criteri oggettivi che altre regioni, Assessore, si sono dati da tempo e che anche noi abbiamo tentato di darci. Io ricordo bene, per esempio, un’iniziativa del Senatore Ronconi, quando era nostro collega in quest’aula, tra i primi atti che lui sottopose e per cui io, all’epoca, rimasi sorpreso, perché sinceramente pensavo che già esistessero questi parametri, ricordo che lui tentò di fare un atto che dava mandato alla Giunta di elaborare criteri oggettivi per la valutazione della qualità delle nostre strutture sanitarie.

Dicevo della mancanza di questi criteri oggettivi, senza i quali, perdonatemi colleghi, ma qualunque affermazione è apodittica, autoreferenziale, senza nessun riscontro oggettivo, perché qualunque cosa lasciata alla soggettività di chi magari addirittura la gestisce la sanità, come l’Assessore, è un po’ come chiedere all’oste di quale qualità è il vino che lui propina. Quindi mancanza di criteri oggettivi per la valutazione della qualità delle nostre strutture ed anche per l’elaborazione di obiettivi gestionali; obiettivi gestionali senza i quali un Piano di programmazione spiegatemi voi, colleghi, che cosa dice, che cosa deve dire. Un Piano Sanitario che programma pluriennalmente l’andamento della sanità regionale dovrebbe, a mio avviso, contenere una serie di parametri nei quali i manager giustamente si devono riconoscere, un adeguato impianto di risorse indirizzate in tal senso e alla fine dei risultati da conseguire. Nella scadenza del periodo i risultati sono stati conseguiti? Sì, un po’, no..., e rispetto a questo andare avanti. Tutto questo non c’è, e rispetto a questa evidente lacuna dell’impianto mi sembra che l’affermazione della collega Modena, che dice che questo Piano poco cambierà circa le sorti della sanità e degli operatori della sanità

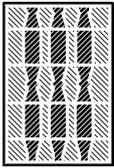


regionale, sia assolutamente condivisibile.

Per andare dal generale al particolare, avendo già ascoltato tutti gli interventi, anche lunghi, che mi hanno preceduto, ho attenzionato solo qualche parcella del Piano. Una cosa che, per esempio, mi ha sorpreso è il fatto che il Piano alcune cose le dettaglia fino all'inverosimile, secondo me. Che un Piano Sanitario contenga il numero dei posti letto mi sembra francamente assurdo, però meglio abbondare che essere... Io credo che i posti letto andassero indicati dal punto di vista numerico nei PAL, non certo nel Piano Sanitario, comunque quando c'è eccesso di zelo è sempre assolutamente positivo.

A fianco di questo eccesso di zelo, c'è però un eccesso di latitanza, o, meglio, ci sono delle lacune nel Piano che francamente destano qualche preoccupazione, ne cito una ad esempio: nel Piano non c'è nulla riguardo ai rapporti tra le aziende territoriali e le Aziende Ospedaliere. Ora, c'è un impianto e un sistema di rapporti complesso tra le due Aziende Ospedaliere e le aziende territoriali, questi rapporti sono improntati alla massima discrezionalità e libertà di movimento dei rispettivi manager. Io credo che in un Piano sanitario una pagina o due circa una serie di criteri generalissimi ai quali i gestori, i manager delle Aziende Ospedaliere e delle aziende del territorio debbano - e dovrebbero - conformarsi nel loro quotidiano interloquire, sia assolutamente normale, anzi, il fatto che non ci sia lo reputo totalmente anormale. Peraltro, di fronte all'eccesso di dettaglio di alcuni passaggi questa cosa mi sembra addirittura, probabilmente, una lacuna voluta.

Altra cosa che ho avuto modo di osservare: la vicenda del Direttore di distretto. Su questo vorrei innestare brevissimamente una piccolissima polemica, passatemela, rivolta un po' alla maggioranza: questa abitudine, che comincia a diventare una consuetudine, di portare gli atti di programmazione alla partecipazione e al Consiglio regionale generalissimi, salvo poi andare a modificare sostanzialmente passaggi importanti di questi atti nell'ultimo minuto in aula o in Commissione, con emendamenti corposi... Cioè, voglio dire: l'impianto emendamentale dell'opposizione può, anzi, deve essere corposo, perché è evidente che l'opposizione dimostra di lavorare bene là dove elabora una serie consistente di emendamenti, anche quantitativamente parlando. L'impianto emendamentale della maggioranza a mio avviso deve essere il minimo indispensabile, assolutamente snello, perché altrimenti c'è la prova provata che si vuole provvedere ad indicare i passaggi

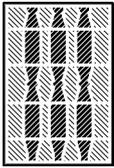


fondamentali, magari i più difficili, quelli un po' più antipatici, di ogni atto di programmazione all'ultimo minuto, come dire?... “alla traditora”.

E questo è un po' quello che ho osservato anche in questo Piano sanitario: i passaggi fondamentali del Piano sono emersi in una serie di emendamenti portati all'ultimo minuto in Commissione dall'Assessore. Uno dei passaggi fondamentali portato con emendamento è la vicenda del Direttore di distretto. Ora, a me pare difficile che nel momento di predisporre il Piano Sanitario la figura del Direttore del distretto così come emerge prepotentemente da quell'emendamento non ce l'aveste in testa; mi pare difficile, francamente, che sia stato un raptus dell'ultima notte. Avete elaborato una figura pesante, a mio avviso eccessivamente pesante, il vero e reale alter ego del Direttore generale, a mio avviso, che è il direttore di distretto, con un emendamento. A prescindere dalla forma, sulla quale adesso ho detto, nella sostanza comunque questa scelta sa di ideologico, eccessivamente ideologico, come tanti altri passaggi del Piano, e soprattutto nel momento in cui non ha in nessun passaggio il riferimento alla dimensione del distretto, è anche una scelta a mio avviso insensata. Cioè il direttore di distretto, con la potenza delle mansioni che gli sono riferite, e quindi con la figura professionale che va a ricoprire in un distretto come quello della Valnerina, per esempio, a mio avviso non ha motivo di esistere; non si può prevedere una figura di tale importanza senza collegarla alla valenza dimensionale dei distretti, assolutamente è una lacuna grave.

Altro passaggio: non c'è nel Piano un'azione forte che interviene sugli sprechi, cioè nella dipartimentalizzazione c'è un'evidente volontà - e come ho detto in Commissione lo dico anche qui in aula, condivisibile nel principio - di razionalizzare; benissimo. Abbiamo apportato degli importanti correttivi, altrimenti questa volontà poteva diventare un disastro, ma comunque è auspicabile e assolutamente condivisibile lo spirito. Non c'è però un'azione positiva che va ad incidere sugli sprechi, e a meno che non ci vogliamo raccontare la barzelletta che in questa regione la sanità non ha sprechi - perché sarebbe veramente uno dei tanti paradisi mediatici che la Sinistra umbra tira fuori a beneficio delle campagne elettorali ma non della concretezza degli atti - un serio intervento sugli sprechi, che ci sono e ce ne sono tanti, non c'è, e ci poteva essere.

Vi porto un solo esempio: un intervento sui doppioni, sulle moltiplicazioni dei servizi: voi sapete che in questa regione ci sono delle moltiplicazioni di servizi evidenti. Un esempio,

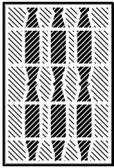


perché non amo nascondermi dietro alle affermazioni di principio: a Terni ci sono sei chirurgie: cinque generali e una specialistica, quella della pneumologia; le altre sono cinque chirurgie generali. A che servono cinque chirurgie generali a Terni? Me lo dovete spiegare a che servono! Lo stesso dicasi per Perugia, ovviamente.

Avete dettagliato fino all'esasperazione - torno a dire con qualche riserva, con qualche pesante dubbio circa questa abitudine del Piano di dettagliare fino all'esasperazione alcuni passaggi e lasciare delle lacune in altri - la chirurgia ambulatoriale, che è una zecca rispetto al problema della chirurgia nella sua interezza; la chirurgia ambulatoriale, rispetto alla quale sono state spese un paio di pagine del Piano, è dettagliatissima, e nulla è detto nel Piano rispetto alla chirurgia generale, che è il 90% della chirurgia. Ecco che mi viene il dubbio che non si voglia dettagliare dove è difficile dettagliare e si va a dettagliare dove è facile, perché, colleghi, a nessuno frega niente, insomma. Risultato: non si incide sugli sprechi.

Altro esempio di atteggiamento pilatesco su una evidente e facile situazione di spreco nella quale si può con tutta facilità intervenire è la vicenda delle centrali operative del 118. Rispetto a questo il sottoscritto ha fatto un emendamento semplice semplice, banale banale in Commissione, e non lo ripresento in aula perché non mi piace lavorare per la storia, come diceva poco fa il mio capogruppo, ho pretese molto più banali e più blande. Rispetto alle centrali operative del 118 ho una statistica nazionale che mi dice che mediamente le centrali operative del 118 gestiscono 1.800.000 utenti, mediamente nel Paese. In Umbria ce ne sono tre; a che servono tre centrali operative del 118? Tre su 800.000 abitanti a che servono? La centrale operativa non ha niente a che vedere con il servizio che va reso al malato; la centrale operativa riceve la telefonata, dà un primo elemento di aiuto e smista alla struttura sanitaria più vicina all'emergenza. Quindi, a che servono tre centrali operative?

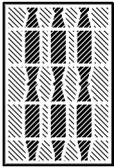
Rispetto a questo il buon Zaffini ha fatto un banalissimo emendamento, e ha detto, perché non si dica che fa sempre per Spoleto: mettiamolo a Foligno, che è centrale, è la città dove è in costruzione un nuovo ospedale; è la città della Presidente (che infatti sta ridendo, è contenta...); però l'emendamento è stato bocciato, Presidente. Foligno è centrale sul territorio regionale, c'è un ospedale nuovo, sanno rispondere al telefono, credo, gli amici di Foligno, al pari degli amici di Terni e di Perugia, allora togliamo questa evidente occasione di spreco, con tre centrali operative, e facciamone una a Foligno. Era un emendamento facile facile,



banale banale; è stato bocciato. Però nel Piano è stato prefigurato un approfondito studio che nel prossimo futuro - vedremo quando e soprattutto chi lo farà - dovrà stabilire che cosa fare delle centrali del 118. Questo non solo è lacunoso, ma è anche, scusate, un po' ridicolo.

Chiudo con un cenno ad una vicenda rispetto alla quale invece ho veramente grande interesse, cioè la vicenda della A.S.L. 3. È una vicenda particolare: la A.S.L. 3, come tutti sanno, è un'azienda che ha una peculiarità rispetto alle altre A.S.L. di questa regione, cioè ha due ospedali uguali o comunque potenzialmente uguali, che sono gli ospedali di Foligno e di Spoleto. Sono due ospedali che andranno integrati e interessano due popolazioni rispetto alle quali la politica deve dire qualcosa, perché il Piano sì che lì deve dire qualcosa; è fatto apposta! E che cosa deve dire? Deve dire come in quella A.S.L. devono essere integrati due ospedali dell'emergenza/urgenza che devono coesistere, a meno che - perché poi, come diceva il buon Andreotti, a pensare male si fa peccato, ma difficilmente si sbaglia - questa lacuna, come le altre che abbiamo citato, non sia voluta, a meno che non si pensi che l'integrazione di quelle due strutture può essere fatta sopprimendone una e facendo crescere l'altra, ma io non ho nessun motivo per ritenere questo; a meno che non si pensi che possa essere il direttore generale che nella sua autonomia decide come integrare quelle due strutture. Anche questo non ho nessun motivo di ritenerlo, anche perché un breve inserto nel mio intervento lasciate che lo faccia: vedo che ultimamente c'è una folgorazione sulla via di Damasco che coglie alcuni gestori della sanità regionale, con l'Assessore in testa, un raptus che lascia gridare al deficit di democrazia rispetto all'operato dei direttori generali.

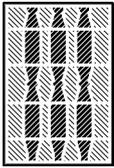
Mi fa piacere che sulla via di Damasco ci sia la folgorazione, mi fa piacere che autentici democratici si allarmino per il deficit di democrazia che c'è nell'operato dei direttori generali; mi sembra un po' tardiva la scoperta, però mettiamo un punto fermo. Personalmente - e credo anche la mia forza politica - nulla consentirò rispetto alla scelta fondamentale di aziendalizzare la sanità. Rispetto alle incursioni della politica con la "p" minuscola, che deve "marchettare" - non quella con la "P" maiuscola, che deve scegliere - nulla consentirà la mia personale azione e quella della mia forza politica; quindi d'accordo sulla necessità di dare comunque un freno e una misura all'operato dei manager; d'accordo anche, se proprio vogliamo lavorare insieme, sul pericolo per il deficit di democrazia, ma - attenzione - se la diminuzione di potere del manager deve passare attraverso l'aumento delle attribuzioni



dell'Assessorato, io non sono d'accordo. Se la diminuzione del controllo del manager deve passare attraverso l'aumento di poteri e di controllo della Conferenza dei Sindaci, sì che sono d'accordo, perché lì sì che va bene e funziona il maggior coinvolgimento delle realtà territoriali locali, lì sì che va bene e funziona il fatto che i cittadini devono poter decidere sul loro futuro e sulla loro salute.

Perdonatemi l'incursione. Dicevo che sulla necessità di integrare queste due strutture tra Foligno e Spoleto il Piano nulla dice. E allora, nel tentare di fare bene il proprio lavoro - ovviamente non ci si riesce mai fino in fondo - il Consigliere regionale si ingegna e cerca di capire come potrebbe emergere la capacità di integrazione di queste due strutture. Colleghi, quando qualcun altro al posto mio - e anche al posto vostro, credo, perché non vedo qui presenti protagonisti di quell'epoca, tranne la Presidente, forse - decise di fare l'ospedale di Foligno alla Paciana, invece che a Trevi o a Campello, è evidente che si ritenesse allora, e si deve ritenere ancora oggi, che devono esistere due ospedali; credo che sia logico che devono continuare ad esistere due ospedali e che quindi questi due ospedali vanno integrati. E come? A mio avviso, questi due ospedali vanno integrati prevedendo dei servizi comuni - mi riferisco evidentemente all'emergenza, alla diagnostica, al punto nascita, a quei servizi che debbono essere resi vicino alla gente - e lasciando che i due ospedali si dividano le altre specializzazioni, le eccellenze.

E quali possono essere le eccellenze che restano a Spoleto? Credo che sia ragionevole ragionare in termini di oncologia e di chirurgia robotica, laparoscopica, come la volete chiamare (io sono un profano e voglio rimanere tale). Rispetto a questi due livelli di eccellenza c'era e c'è in campo una proposta seria di realizzare a Spoleto un impianto di radioterapia oncologica. È, peraltro, un impianto già previsto nel vecchio PAL, non si capisce bene perché non sia stato realizzato. Rispetto a questo, e a parziale correzione delle fantasie del Sindaco di Spoleto circa la possibilità di realizzare un Centro tumori di Veronesi - fantasie purtroppo rivelatesi semplici sogni e che, al brutale risveglio, fanno solo scoprire di essere tanto sudati ma purtroppo sempre più poveri - era ed è in campo una proposta seria, avanzata da ben 11.000 firme di cittadini spoletini, che dice di concretizzare questa eccellenza che la città di Spoleto ha maturato da sola, con gli investimenti del pubblico certamente, ma da sola con le proprie capacità.



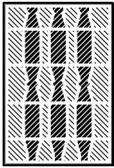
Quale è questa eccellenza? La cura e la terapia dei malati oncologici. C'è un'unità operativa di oncoematologia che esiste, funziona e va potenziata; c'è una particolare efficienza nel campo delle cure palliative, con ampio coinvolgimento del volontariato; è assolutamente normale ed evidente che là dove si decida, e si deve decidere, di realizzare una struttura radioterapica nella A.S.L. 3, questa possa e debba essere localizzata a Spoleto. Anche rispetto a questo un banale emendamento elaborato in Commissione è stato maltrattato - nel senso di trattato male - e questo sì lo ripresenterò in aula, perché mi sembra assolutamente importante che su questo ci confrontiamo.

Colleghi, vi ringrazio della pazienza e dell'ascolto, vi chiedo scusa di avere abusato della vostra pazienza, spero di non avere esagerato nella chiarezza, come sempre, e nell'andare diretto all'obiettivo. Vi prego cordialmente di dimostrare serenità nella valutazione dei nostri emendamenti, che non hanno natura politica, ma, come nel caso di quello sull'oncologia, hanno esclusivamente la natura di partecipare ad un atto con spirito migliorativo.

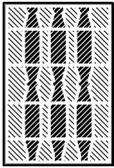
**PRESIDENTE.** Grazie, collega Zaffini. Colleghi Consiglieri, teoricamente dovremmo sospendere la seduta, a meno che non intendiamo, eventualmente di comune accordo, di far svolgere almeno un altro intervento, dato che sono le 13.30. Collega Pacioni, lei sarebbe disponibile a svolgere il suo intervento per poi concludere la seduta mattutina? Prego, collega Pacioni.

**PACIONI.** Ritengo che questo Piano Sanitario abbia tutte le condizioni per essere considerato controcorrente rispetto all'impostazione che sta emergendo nel Governo nazionale. Il lavoro fatto dalla Giunta, dall'Assessore, dal Presidente e dalla Commissione ha portato oggi all'impostazione di un Piano... (*Vocio*)... Presidente, credo che convenga sospendere, perché adesso...

**PRESIDENTE.** Mi sembra che lei abbia ragione. Colleghi, la seduta è sospesa. Riprenderà alle ore 15.30.



*La seduta è sospesa alle ore 13.30.*



## VII LEGISLATURA LVIII SESSIONE STRAORDINARIA

**PRESIDENZA DEL PRESIDENTE CARLO LIVIANTONI.**

*La seduta riprende alle ore 15.35.*

**PRESIDENTE.** Prego, colleghi Consiglieri, prendere posto.

### **OGGETTO N. 533**

**PIANO SANITARIO REGIONALE 2003/2005.**

**Relazione della Commissione Consiliare: III**

**Relatore di maggioranza: Consr. Bonaduce**

**Relatori di minoranza: Consr. Rossi - Consr. Crescimbeni**

**Tipo Atto: Proposta di atto amministrativo**

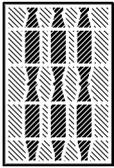
**Iniziativa: G.R. Delib. n. 1808 del 20/12/2002**

**Atti numero: 1547, 1547/bis e 1547/ter**

**PRESIDENTE.** Ha chiesto di intervenire il Consigliere Pacioni.

**PACIONI.** Ritengo che il Piano Sanitario 2002/2004 per la programmazione della nostra regione sia un Piano estremamente valido. Il lavoro istituzionale fatto dall'Assessorato e dalla Commissione ha dato modo di approfondire i vari aspetti e di integrarli eventualmente sulle singole questioni.

Vorrei sottolineare l'importanza di questo atto per due aspetti: un primo aspetto riguarda le risorse finanziarie - circa il 70-75% del nostro bilancio - e la riorganizzazione di tutto il sistema sanitario che sempre più dovremmo raccordare tra il territorio ed i singoli ospedali, sia quelli dell'emergenza che quelli di comunità; inoltre, gli strumenti contenuti in questo Piano

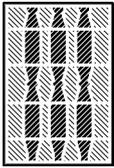


per quanto riguarda la partecipazione dei cittadini. Allora, se questi aspetti vengono collegati, ci troviamo di fronte al fatto di aver vinto una sfida estremamente delicata, quella che ha visto ormai da tre anni portare il bilancio della Regione dell'Umbria in pareggio per quanto riguarda la sanità, pure in una situazione di grande difficoltà. Credo che allora sia stata vinta una grande scommessa, che è quella della partecipazione del pubblico, ribaltando un concetto, che non è soltanto il privato che può garantire il pubblico, ma che si può governare tutta la struttura sanitaria anche attraverso il pubblico. Credo che questo sia un risultato importante che in questa regione si è ottenuto, avendo oltre il 90% delle strutture che erogano i servizi in sanità governate da parte del pubblico.

Ma qui dobbiamo fare un lavoro importante di sviluppo per quanto riguarda la medicina cosiddetta "territoriale", che molto spesso viene indicata ma poi poco aggiornata all'interno della nostra regione. Qui possiamo fare un confronto tra la Regione dell'Umbria e la Regione Lombardia, tra un modello di sanità prevalentemente pubblico e un modello prevalentemente privato: rispetto ai costi e alle strutture di erogazione dei servizi credo che in Umbria e nelle altre regioni che hanno fatto la nostra stessa scelta ci sia stato un indubbio vantaggio.

Credo che questo si scontri, però, oggi con un diverso panorama politico, da parte di questo Governo che cerca di privatizzare il più possibile e di ridurre i finanziamenti per quanto attiene la sanità e il sociale. Ed allora ha un senso se noi intendiamo questa discussione e questo dibattito sul Piano Sanitario anche di fronte ad una riflessione sulle questioni nazionali. È stato presentato un DPEF pochi giorni fa dove non c'è scritto niente rispetto alle cifre, dove non abbiamo nessuna risposta rispetto alle problematiche inerenti la sanità e il sociale, ma dove vi sono tutta una serie di indicazioni che ci fanno vedere per i prossimi anni delle difficoltà sia per garantire risorse su cui il Governo si è impegnato, sia per quanto riguarda la capacità di gestione e di impegno che il pubblico deve mantenere. Molto spesso si può andare a finanziare strutture private, magari quelle che hanno *una maggiore possibilità di appetiti per quanto riguarda le questioni sanitarie (sic)*.

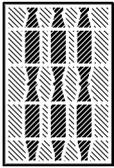
Si va, quindi, verso una società che sempre di più non garantisce i più deboli; si va verso una società dove aumentano - e questo avviene anche in Umbria - i poveri e la discriminazione sociale. C'è quindi una società che è cambiata notevolmente; non parlo dei



primi anni della Regione, ma degli ultimi anni. E dentro questo cambiamento credo stia anche il cambiamento della sanità sia per quanto riguarda le prestazioni, sia per quanto riguarda le politiche del sanitario e del sociale che noi dobbiamo mettere in campo.

Su questo credo che ci siano degli elementi di novità nel Piano Sanitario regionale. L'aver posto nei primi capitoli l'ambiente come elemento fondamentale per la prevenzione, e quindi la possibilità di ammalarsi di meno, diventa importante. Vorrei ribadire che questo Consiglio ha discusso più volte, anche con disegni di legge, alcuni aspetti fondamentali che riguardano l'inquinamento, ma ci sono degli aspetti che riguardano questa nostra realtà regionale, degli aspetti ancora più complicati che riguardano lo stesso modello di sviluppo, e quindi delle trasformazioni a livello internazionale: mutamento di clima, le questioni dei rifiuti, la qualità della vita, l'elettromagnetismo. Di questo aspetto abbiamo discusso circa due anni fa, e *abbiamo avuto, poi, per diverse ragioni, anche qui, non applicate per modifiche a livello nazionale, una delle questioni fondamentali per quanto riguarda i campi elettromagnetici e quello che può essere all'interno della possibilità di malattia (sic)*. Vi è la comparsa quindi oggi di nuove patologie e di forme di organizzazione nuove per quanto riguarda la cura. Ed è difficile allora organizzare un sistema che dia la stessa assistenza, la stessa organizzazione, la stessa possibilità di cura e di prevenzione per i cittadini della nostra regione.

L'altro aspetto fondamentale nell'ambito del Piano Regionale Sanitario credo che sia la prevenzione. La prevenzione, però, è bella a pronunciarsi come parola, ma è difficile a costruirsi, perché si organizza all'interno di diverse strutture e di diversi rapporti. Vorrei soffermarmi su tre aspetti, in particolare sul territorio. Questa mattina è stato accennato molto bene nella relazione da parte del Presidente Bonaduce: il distretto diviene l'elemento fondamentale nell'anello dell'organizzazione sanitaria. In questi anni anche l'Assessore Rosi, qualche volta, non appieno utilizzando questo aspetto..., per quanto riguarda il distretto si è arrivati a qualche sperimentazione, ma credo che oggi debba diventare un elemento fondamentale, se vogliamo creare una struttura importante di collegamento tra quello che tradizionalmente è visto come il luogo della cura, l'ospedale, ma estenderlo a tutto il territorio, quindi dare pari dignità a tutti, dare la possibilità che il distretto e il centro salute siano elementi fondamentali dello sviluppo nella nostra regione. A dire la verità, questo è stato

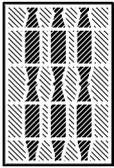


sempre scritto. Dobbiamo investire più energie e risorse finanziarie, più energie umane non soltanto all'interno dell'ospedale, ma anche all'interno del territorio. Creare quindi quel rapporto e quell'integrazione adeguata che possa dare risultati e quindi pari dignità a tutti i cittadini. Dare la possibilità con il centro salute, e quindi con il distretto, a quella politica della prevenzione che può essere uno strumento indispensabile per la nostra attività.

Ora, è stato detto questa mattina da Zaffini che nell'andare avanti ci sono delle questioni che sono state emendate, nuovi emendamenti per quanto riguarda il ruolo del Direttore del distretto. Io ritengo che sia fondamentale, se vogliamo che questa struttura abbia le gambe, se vogliamo che il distretto non sia soltanto sulla carta, ma che sia una struttura vera, in grado di erogare servizi, in grado di saper collegare e coordinare i vari centri salute. Allora il distretto e i centri salute diventano quell'anello fondamentale, dove si incontrano la domanda di sanità e la possibilità di erogazione dei servizi sanitari e dove c'è quel raccordo stretto tra la struttura regionale, il livello amministrativo e quello comunale.

In Toscana, in questi anni, hanno sperimentato, proprio per dare risposta ai distretti, la cosiddetta "società della salute", così l'hanno definita. Noi in discussione in Commissione le abbiamo cambiato nome, non mi ricordo adesso come l'abbiamo definita. Ma credo che, al di là della formulazione, sia importante aver dato un rapporto stretto rispetto a questi servizi. Io credo che il secondo passo che dovremmo fare da qui a qualche mese sia quello di andare all'approvazione di una legge che ci porti ad una struttura che si identifica con il distretto - per comodità la chiamo "società della salute" - una struttura completamente pubblica, perché l'esperienza toscana è fallita proprio con l'inserimento del privato, ma che possa dare delle certezze adeguate rispetto a tali questioni. È qui che si incontra poi l'assistenza integrata territoriale, il rapporto tra ospedale e territorio, il rapporto stretto con i medici di medicina generale.

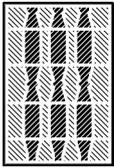
Dentro questo ragionamento noi possiamo avere un quadro di riferimento certo, ma solo attraverso l'autonomia di personale e l'autonomia finanziaria, un budget di distretto. Questo è stato inserito all'interno del Piano Sanitario Regionale. Se si lavora su questa linea, avranno corpo adeguato anche a livello territoriale. Rientra in questo quadro anche l'edilizia territoriale perché ha un valore fondamentale, se noi consideriamo le strutture che non siano fatiscenti e che possano dare una certezza per quanto riguarda la cura.



L'aver inserito poi un altro capitolo nel Piano Sanitario Regionale, che parla di medicina non convenzionale, è un fatto estremamente importante, in particolare per quanto riguarda la cosiddetta "medicina integrata". L'Assessorato insieme alla III Commissione Consiliare ha organizzato un convegno; da qui a qualche mese speriamo che la Commissione Sanità della Camera andrà all'approvazione di questo disegno di legge in cui questa medicina avrà il riconoscimento ufficiale. Abbiamo dato però le gambe in questo Piano Sanitario a questa branca della medicina finora in parte non riconosciuta, ma al cui interno vi sono dei dati molto interessanti sia per le persone che si rivolgono a queste cure, sia per quanto riguarda le patologie che vengono curate attraverso questi sistemi di medicina.

Un'altra parte che ritengo che debba essere oggetto della nostra attenzione è la farmaceutica. A livello della nostra regione sono stati fatti notevoli passi in avanti sia per quanto riguarda l'attività, sia per la riduzione del costo della spesa farmaceutica in questa regione. È l'unica occasione che ho per fare un apprezzamento, vorrei qui fare un apprezzamento all'ex Direttore Generale della A.S.L. di Terni Lombardelli perché su questo tema ha svolto un lavoro estremamente interessante. Più volte ne abbiamo parlato con l'Assessore, la Provincia, e quindi la A.S.L. della Provincia di Terni, con il più alto costo della spesa farmaceutica. In questo ultimo periodo siamo arrivati non dico a ricondurla al 100%, ma con una forte riduzione della spesa per quanto riguarda i farmaci. *(Assessore fuori microfono)*... E' iniziata alla fine degli anni '90 ed è proseguita nel 2001, 2002, con un grande coraggio: l'aver svelato un problema che esisteva senza infingimenti, ma interessando le autorità delegate (la Finanza e la Corte dei Conti) e proprio in questi giorni si sta chiudendo una vicenda giudiziaria con degli indagati e situazioni che si sono aperte. Questo è stato possibile perché si è fatto un monitoraggio e quindi una conoscenza giornaliera sia delle prescrizioni e sia delle opportunità delle medicine e dei farmaci che venivano prescritti.

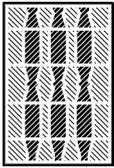
Nel Piano Sanitario sono previste tutta una serie di opportunità di monitoraggio. Sono convinto che questi servano, dobbiamo fare qualcosa di più. Non so se è il caso di porre un emendamento rispetto al Piano Sanitario oppure sia delegato giustamente all'attività dell'Assessorato, ma di avere proprio un nucleo che incida quotidianamente, che abbia non soltanto il monitoraggio ma un intervento quotidiano. Perché questa è una parte della sanità,



forse quella che meno abbiamo sotto controllo, ma che può uscire rispetto a tanti vincoli, tante iniziative che si possono sviluppare. Dicevo prima con l'esempio di Terni come è possibile svilupparlo e dare poi anche delle risposte concrete, non risposte cervelotiche, basterebbe informatizzare e tenere sotto controllo a livello regionale questo rapporto. Tra l'altro, uno degli aspetti del Piano Sanitario è quello di avere un quadro di informatizzazione che colleghi tutte le strutture dell'Umbria e quindi dia una risposta adeguata senza che vi sia concorrenzialità tra Azienda Ospedaliera ed ospedali di territorio magari a ribasso sulla ricerca della prestazione chirurgica di un'ernia o di una appendicite, ma con dei ruoli diversi, facendo circolare l'informazione in maniera diversa e magari anche la non ripetitività di determinate analisi che possono essere fatte.

Credo che un'altra parte del Piano Sanitario sia importante per quanto riguarda i centri di riabilitazione e di fisioterapia. Dicevo all'inizio che molte questioni sono cambiate, molte patologie, diverse modalità di cura, dentro questo vi è quindi una rete che dobbiamo razionalizzare, ma comunque coordinare e io non vedo male rispetto a questo la funzione che si sviluppa a livello anche territoriale sia per delle forme di fisioterapia per quanto riguarda un rapporto riferito alla riabilitazione. E perché no, forme integrate. Dentro questo ragionamento vi è tutta una fase che è stata inserita di collegamento tra il Piano Sanitario e il Piano Sociale per quanto riguarda gli anziani e la difficoltà ma anche la opportunità di creare delle iniziative per la riabilitazione in una società come quella umbra, che ha un tasso di invecchiamento estremamente elevato.

La settimana scorsa, proprio in queste ore, stavamo discutendo di un problema diverso da quello della sanità, ma che in qualche maniera vi rientra, che è il rapporto dell'ARPA con i rifiuti speciali. Ora, il numero delle ditte abbiamo detto che sono interessate oltre 400 ditte autorizzate ci pone un problema estremamente grave se non abbiamo una struttura di controlli efficiente e quotidiana. Nello svolgere le mie funzioni di Presidente della Commissione d'Inchiesta in quella occasione ho visto che ancora non abbiamo un raccordo stretto tra l'ARPA e le strutture territoriali per quanto riguarda la sanità. Credo che su queste questioni noi dovremmo ritornarci; è stato fatto un grande lavoro, la regione dell'Umbria è stata una delle prime che ha istituito l'ARPA; dobbiamo però avere un quadro di riferimento, non può essere inserito all'interno del Piano Sanitario, ma di non confusione di ruoli, di

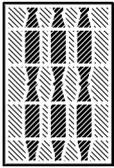


chiarezza dei ruoli ma anche di efficacia nella iniziativa che si vuole sviluppare per la garanzia della sanità pubblica all'interno di questa nostra regione.

Detto questo, credo che l'Umbria con questo Piano abbia fatto dei passi notevolmente in avanti, in particolare per quanto riguarda il rapporto della sanità e l'aver affrontato i problemi della sanità dando un taglio com'è stato dato in questo Piano Sanitario credo che sia stato coraggioso, sia stata data una risposta ai diversi aspetti, e si può prevedere che a livello di lavoro di questo Piano l'Umbria può diventare quel laboratorio su questo tema estremamente d'avanguardia e può dare quindi una risposta avanzata, avanzata nei rapporti di uguaglianza di tutti i cittadini, di possibilità e di opportunità per quanto riguarda la prevenzione e le cure, ma in particolare per costruire un sistema sanitario regionale che non sia per i cittadini, ma che sia fatto dai cittadini, e questo lo possiamo fare attraverso questa organizzazione con le rappresentanze a livello territoriale e amministrazioni locali, e poi con la partecipazione di un Piano che non sia estraneo alla gente, ma che sia partecipato e sia dentro le problematiche quotidiane di ogni cittadino umbro.

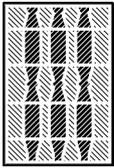
**PRESIDENTE.** Grazie, Consigliere Pacioni. Vorrei ricordare al Consiglio, senza volere togliere tempo ad alcuno, che sono iscritti a parlare per adesso 8 Consiglieri regionali. Ha chiesto di intervenire il Consigliere Bottini; ne ha facoltà.

**BOTTINI.** Grazie, Presidente. A fronte della volontà sempre più evidente del Governo di centrodestra di privatizzare la sanità, nonostante sia dimostrato che in tutti i Paesi dove la spesa sanitaria privata supera quella pubblica, si pende di più in cambio di meno salute, l'Umbria ripropone un Piano Sanitario ispirato al così detto principio universalistico e solidaristico, dove ogni cittadino può accedere a tutte le prestazioni, da quelle di base a quelle specialistiche, a quelle ospedaliere, con uguali diritti di cura indipendenti dalla sua condizione sociale. Il Governo di centrodestra, a fronte di una spesa rispetto al PIL inferiore alla media europea, afferma che non vi sono più le compatibilità economiche, prospettando il ritorno alle mutue di categoria e private, ed uno spazio ai sistemi assicurativi per fronteggiare la malattia. Ma l'esperienza umbra e di altre regioni afferma la sostenibilità del sistema



umbro con il raggiungimento dell'equilibrio finanziario, mantenendo alta la qualità delle prestazioni e dei servizi attraverso una riorganizzazione consensuale della rete ospedaliera e dei servizi, puntando gradatamente a superare i doppioni, ad eliminare gli sprechi. Ecco che la crescita della spesa sanitaria in Umbria si è attestata ad un tasso medio annuo inferiore alla media italiana, notevolmente inferiore ad alcune regioni come il Lazio e la Lombardia, che sono risorse a ticket e ad aumento delle tasse. Si tratta di regioni che in nome della riduzione della spesa e del principio della libertà di cura hanno smantellato pezzi di sanità pubblica a favore di quella privata, con il risultato che la privatizzazione del sistema ha comportato un aumento nella spesa pubblica da parte dello Stato e delle Regioni. L'Umbria non ha reintrodotto ticket, non ha istituito tasse di scopo, ma è riuscita a prendere iniziative per ridurre la spesa farmaceutica tutelando la libertà di cura, ricorrendo per esempio alla distribuzione di farmaci da parte delle aziende sanitarie ai pazienti dimessi che richiedevano una continuità assistenziale.

Ma il Governo di centrodestra sta muovendo verso una completa deregulation; infatti già oggi lo stesso farmaco può avere prezzi diversi da regione a regione, mostrando anche in questo settore la loro singolare traduzione del federalismo. Il modello di riferimento per il governo nazionale e le regioni del centro destra è quello americano fondato sulle assicurazioni, sulla liberalizzazione, sulla concorrenza. Ma ad un confronto tra il modello americano e quello italiano praticato in regioni come l'Umbria risultano eclatanti le differenze nella tutela della salute. Prendendo a riferimento uno studio comparato da un'altra regione risulta quanto negli Stati Uniti una persona con un lavoro stabile, con un guadagno medio, per essere coperto dall'assistenza sanitaria deve farsi una assicurazione, ma nel 70% dei casi non è lui a sceglierla, bensì il suo datore di lavoro: è l'azienda che si convenziona con una compagnia, che propone ai propri dipendenti la polizza standard. Nella metà dei casi quella polizza offre solo un pacchetto di assistenza, ovvero se la persona in questione si ammala deve farsi curare da quel medico, farsi ricoverare in un preciso ospedale e non in un altro. E poi non tutto risulta altre assicurato. Prendendo ad esempio un'altra persona che guadagna un po' di più, questa rientrerà in quel 30% di fortunati che hanno una assicurazione sanitaria con due o tre soluzioni, naturalmente sempre scelta dal datore di lavoro; potrà curarsi in un centro piuttosto che in un altro. Ma se deve fare un intervento complesso, il medico dovrà



prima informarsi se la polizza lo copre e se quell'operazione è consentita in quell'ospedale. Se così non è, il paziente dovrà ricorrere al portafoglio.

In questo modello un disoccupato, una persona disabile, un anziano hanno una copertura sanitaria molto minore; chi è povero e non lavora, se si ammala, può accedere all'assistenza caritativa degli ospedali; anziani e disabili, invece, sono coperti da un sistema che i singoli Stati finanziano con una quota dei loro bilanci. Questo sistema garantisce il rimborso di gran parte dei costi dell'assistenza sanitaria di base, ma nei centri e negli ospedali più economici, e soprattutto senza mai alcun rimborso dei farmaci.

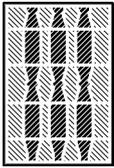
Un cittadino umbro, invece, lavoratore o disoccupato, disabile o anziano, può accedere a tutti i servizi delle strutture, pubbliche o private, convenzionate, senza sborsare una lira ed avendo a disposizione gratuita un numero elevato di farmaci, con possibilità di accesso all'assistenza domiciliare, spesso gratuita.

E' evidente come il modello americano è un sistema con profonde disuguaglianze, che differenzia l'assistenza sanitaria tra giovani ed anziani, occupati e disoccupati, tra chi guadagna di più e chi guadagna di meno. Questo è il modello che persegue il governo Berlusconi, in nome della modernità e dell'economicità. La privatizzazione non dà ulteriori garanzie, non riduce la spesa sanitaria e il risultato delle regioni di centrodestra, che hanno imboccato questa strada, è stata una crescita enorme della spesa sanitaria pubblica.

Un punto qualificante, ma non omogeneo, del sistema sanitario umbro, nonché obiettivo del piano, è rappresentato dalla riduzione dei tempi di attesa per prestazioni specialistiche ed ambulatoriali. Infatti, una diagnosi effettuata in tempi adeguati alle condizioni dell'ammalato migliora la qualità della prognosi, nonché l'efficacia della cura per il paziente, e rappresenta il termometro di un sistema sanitario efficiente, che ha l'ambizione, come è evidente nel piano, di prestazioni sempre più mirate, fondate sul principio dell'appropriatezza degli interventi.

La riduzione dei tempi di attesa parte dalla semplificazione delle procedure di accesso alle prestazioni, passa per il coinvolgimento dei medici di famiglia; non aumenta, ma qualifica e differenzia l'offerta, migliorando la risposta.

L'organizzazione di tipo aziendale ha introdotto miglioramenti gestionali e sviluppato sistemi di controllo prima inesistenti, però si deve evitare che il raggiungimento della



compatibilità economica e degli obiettivi quantitativi siano il solo obiettivi del servizio sanitario, ossia la quantità non deve prendere il posto della qualità e l'efficienza quello dell'efficacia.

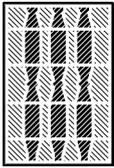
Anche in questo il Piano Sanitario Regionale pone come finalità alla razionalizzazione di alcuni servizi un riorientamento complessivo del sistema verso la qualità. Nel Piano si legge la continuazione della strada già intrapresa, di trasferimento delle risorse dall'assistenza ospedaliera a quella territoriale. Si potenzia la prevenzione sia negli ambienti di vita che di lavoro, nonché l'educazione sanitaria, partendo dalla consapevolezza che gli elementi che determinano le condizioni di salute della popolazione sono le condizioni sociali, economiche e culturali.

Cresce l'attenzione nel Piano Sanitario verso gli stili e le condizioni di vita, i comportamenti alimentari, l'uso di alcol e del tabacco, lo stress, l'inquinamento, l'aumento della mobilità, gli incidenti domestici e stradali, che hanno assunto un ruolo determinante come causa e concausa nella persistenza delle malattie più diffuse. In questo quadro è di fondamentale importanza affinare ulteriormente gli obiettivi che si vogliono raggiungere, gli interventi da attuare, le risorse disponibili, i tempi e i modi di verifica dei risultati, nonché favorire nelle aziende sanitarie i processi di consultazione e concertazione tra responsabilità cliniche e organizzative, per migliorare la qualità dell'assistenza.

Una scelta quanto mai condivisibile e da tenere ferma è rappresentata dalla configurazione dell'ospedale come luogo di erogazione di prestazioni sanitarie per patologie acute, che non possono essere risolte nel territorio, dove al contrario si affronta la cronicità.

Come condivisibile è l'intento di rafforzare l'interrelazione tra ospedale e territorio, distretti, centri salute, medici di base, pediatri di libera scelta, per garantire la continuità assistenziale e l'unitarietà dell'intervento sul malato.

In Umbria si deve continuare a migliorare l'articolazione a rete del servizio sanitario, in modo da capillarizzare i centri di erogazione dell'assistenza sanitaria di base; superare le pressioni localistiche e corporative; fare leva sugli ospedali di comunità; trasferire i pazienti nelle Aziende Ospedaliere solo quando necessario. D'altra parte, queste ultime hanno ruolo e motivazione per l'alta specialità, per l'emergenza-urgenza, per l'altissimo impegno tecnologico.



Alcune considerazioni vanno espresse per Perugia, dove si sta completando il Polo Unico del Silvestrini: questo sarà l'ospedale di Perugia e al contempo il principale ospedale della regione, per l'emergenza-urgenza e per la concentrazione di tecnologia pesante. Per tale unificazione delle strutture ospedaliere è indispensabile un potenziamento del 118, esteso su tutto il territorio comunale. Infatti si è ormai accertato che le prime prestazioni urgenti per stabilizzare i malati e gli infortunati vengono prestate nel luogo dove è avvenuto l'evento, e quindi è necessario che l'arrivo nella sede dell'evento sia il più rapido possibile. Pertanto dovranno essere previste più presenze del 118.

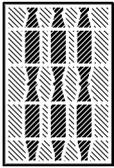
Oggi, con l'affidamento ai Comuni della risposta ai bisogni sociali, bisogna avere la massima attenzione affinché la gestione delle condizioni di sovrapposizione sanitaria e sociale rimanga unitaria, per evitare risposte improprie, diverse, che alla fine potrebbero anche risultare poco o per niente efficaci, perché non inquadrati in un intervento assistenziale continuativo, sia esso sanitario che sociale.

Il riordino e la sistematizzazione tra piani per la salute, piani attuativi locali, piani sociali di zona, è importante per ridurre una certa confusione delle funzioni e delle responsabilità, come è importante valorizzare le sinergie previste per l'assistenza territoriale.

In tale ambito rilevo con favore una particolare e ritrovata attenzione per la risposta assistenziale e sociale ai problemi di salute mentale. Mi sembra evidente, infatti, l'obiettivo di superare la discontinuità esistente tra l'assistenza psicologico-psichiatrica in età pediatrica, in età adolescenziale, in età adulta. È necessario, infatti, ricostruire una continuità operativa e coerente dell'intervento, come del resto senza interruzione è la vita di ogni singola persona. Bisogna ricostruire un modello operativo unitario, e allo stesso modo deve essere attuato un percorso diagnostico terapeutico ininterrotto tra l'intervento iniziale effettuato nel centro salute e l'eventuale intervento successivo.

In questo quadro il Piano Sanitario rappresenta in maniera evidente la volontà di ridare un posto di rilievo e qualificante alle politiche della salute mentale e per recuperare posizioni di avanguardia alla psichiatria umbra.

Un'ultima considerazione è per il ruolo dell'Università, e in particolare della Facoltà di Medicina. È indiscutibile un ruolo attivo della facoltà, che interviene nella risposta assistenziale, intervento che gli universitari devono fare fianco a fianco con le stesse



opportunità degli operatori del servizio sanitario regionale. Tale attività non può, però, e non deve prescindere dagli obiettivi di salute che la Regione ha individuato nella sua politica e nei piani per la salute.

Chiudo esprimendo un giudizio positivo sul piano, dal momento che è evidente che si muove nell'ottica di rafforzare complessivamente la qualità del nostro sistema sanitario.

### **ASSUME LA PRESIDENZA IL VICE PRESIDENTE VANNIO BROZZI.**

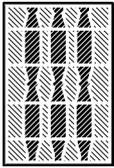
**PRESIDENTE.** Ho iscritto a parlare il Consigliere Sebastiani.

**SEBASTIANI.** Signor Presidente, dopo l'intervento dei colleghi della maggioranza, in modo particolare del Presidente Bonaduce, che hanno messo in evidenza i lati positivi di questa proposta di Piano Sanitario, a me compete mettere in evidenza soprattutto gli aspetti meno positivi, quelli che ancora devono essere affrontati.

Su questa proposta del nuovo Piano Sanitario 2003/2005, nonostante il lavoro che abbiamo cercato di svolgere come Commissione Sanità, anche attraverso una larga partecipazione dei soggetti interessati, numerosi emendamenti proposti dalla stessa Giunta e da alcuni Consiglieri, non posso sinceramente esprimere la mia soddisfazione, in quanto il testo che oggi abbiamo in aula non è ancora rispondente alle attese e alle richieste di qualità che la gente rivolge al sistema sanitario umbro.

È stata una vera fatica inserire gli emendamenti su un testo tanto carico di alchimie tecnico-organizzative, di intendimenti e linee programmatiche, quanto povero di scelte e politiche realizzabili. Credo che anche i dirigenti e i funzionari dell'Assessorato alla Sanità, che hanno dovuto redigere il piano, hanno trovato grosse difficoltà. Tutti le avrebbero trovate, perché è impossibile delineare strategie chiare, analizzare tabelle e numeri senza avere la possibilità di conoscere con la dovuta consapevolezza le scelte da effettuare nell'interesse della comunità umbra.

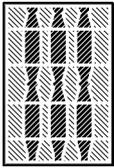
Dato il contesto in cui è nato il piano, si può comprendere come sia stata così laboriosa la sua stesura e perché la Giunta lo abbia presentato solo il 20 dicembre scorso.



Ho avuto modo di leggere e studiare il Piano Sanitario della Toscana: un piano completamente diverso, articolato da una premessa generale e suddiviso per aspetti e problematiche in modo chiaro e consequenziale. Il Piano umbro, invece, contiene ipotesi, progetti vari, sperimentazioni, modelli organizzativi e gestionali nuovi, tutti ancora da scoprire e delineare; gli obiettivi, le azioni, le attività organizzative appaiono a volte confuse e contraddittorie, altre volte descritte in modo anche troppo puntiglioso.

Una certa confusione ha contribuito a determinarla anche l'Assessore Rosi, quando, per esempio, in una recente audizione dei direttori generali delle A.S.L. ha dichiarato che tutti erano meritevoli di conferma, e poi, a sorpresa, abbiamo visto che nessuno di loro di fatto è rimasto al proprio posto, con conseguente perdita di continuità. Il cittadino, che non frequenta questa aula, si potrebbe domandare perché la Giunta in questo contesto non abbia preso la palla al balzo e il coraggio di ridurre il numero delle stesse Aziende Ospedaliere. Io risponderei che ne basterebbe tre: una per Perugia e una per Terni, e un'unica Aziende Ospedaliere universitaria, per migliorare, armonizzare, uniformare la politica sanitaria umbra. Sicuramente con meno aziende riusciremmo a assicurare i livelli essenziali di assistenza in modo più omogeneo e si potrebbe esercitare maggiore vigilanza e controllo, garantendo per di più una forma più efficace di partecipazione della Conferenza dei Sindaci. Con una partecipazione più democratica, con direttive più precise da parte dell'Assessorato regionale, si potrebbe in qualche modo condizionare un potere troppo forte dei direttori generali. Di ciò sembra essersene accorto anche lo stesso Assessore: come organo monocratico, il direttore generale rischia di gestire le aziende con una piena autonomia imprenditoriale, a volte persino spregiudicata. Non si comprendono più i ritardi e le disfunzioni nelle prestazioni sanitarie. Un paziente di Foligno è in attesa dal 29 aprile 2003 di poter effettuare una [perimetria] computerizzata. Altro esempio, sempre a Foligno: un ecodoppler carotideo prenotato a Foligno nel maggio 2003, è stata fissata la prestazione per il 25 agosto presso l'ospedale di Spoleto (documenterò il tutto all'Assessore).

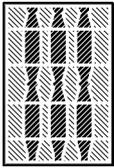
Appare ormai intollerabile l'eccessivo spazio che hanno i consorzi e le cooperative all'interno delle A.S.L. per garantire alcuni dei servizi essenziali da offrire ai pazienti. Ho ascoltato quello che ha detto il collega Bottini: parlava di privatizzazione, attaccava il governo Berlusconi, ma io credo che la privatizzazione in Umbria venga effettuata proprio all'interno



del sistema pubblico regionale. L'attività delle cooperative, così usate, mortifica sicuramente la dignità di tanti lavoratori, che non potranno mai avere la stabilizzazione del posto di lavoro, e ciò proprio in controtendenza con quella legge sulle politiche attive del lavoro approvata dal Consiglio regionale nella precedente seduta. Non è solo certo per motivi economici che le A.S.L. sono costrette ad impegnare la manodopera delle cooperative; troppi interessi politici girano intorno alle stesse.

Per rimediare ad un po' di guasti e garantire complessivamente prestazioni efficienti, se fosse solo un problema di risorse, si potrebbe perfino accogliere la proposta di prevedere un ticket sulle medicine - nei giorni scorsi, alcuni medici l'hanno ipotizzata e la considerano utile per garantire la salute dei cittadini - con farmaci idonei, e migliorare l'assistenza distrettuale e ospedaliera. Non ci sarebbe niente di male se ad ogni ricetta si pagasse un piccolo ticket, escludendo da tale provvedimento, ovviamente, le fasce deboli, i pensionati e i malati cronici. Prima della classe, come tende sempre ad esserlo la Presidente Lorenzetti, non lo si diventa con l'inganno e la demagogia, ma con decisioni coraggiose, sebbene apparentemente impopolari.

Parlando delle strutture ospedaliere e del loro vario utilizzo, si comprende subito come il Piano sia aleatorio. Si rischia, infatti, di fare nuovi ospedali mantenendo comunque in funzione quelli vecchi. Appare, in tale contesto, davvero inverosimile che, dopo aver speso consistenti risorse nelle strutture dei vecchi ospedali, si ipotizzi la realizzazione di un nuovo ospedale a metà strada tra Città della Pieve e Castiglione del Lago, per di più a dispetto dei sindaci, che non hanno avuto il coraggio di fare osservazioni, e delle popolazioni interessate, che vogliono invece il mantenimento delle due attuali sedi ospedaliere in una diversa distribuzione di servizi e prestazioni sanitarie. Il comprensorio del Trasimeno - lo sanno Gobbini e Donati - è un territorio con particolari caratteristiche orografiche, che esige un'analisi approfondita delle prestazioni, tesa a garantire equità per tutti i cittadini. Ritengo su questo argomento quanto meno superficiale, anche se politicamente ben chiaro, l'atteggiamento dei colleghi della III Commissione che fanno parte della maggioranza di governo, che non hanno approvato l'emendamento da me presentato insieme alla collega Modena, teso a garantire prestazioni sanitarie mediante due distinte sedi ospedaliere, quella di Castiglione del Lago e Città della Pieve.

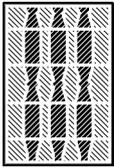


Proprio il problema degli ospedali del comprensorio del Trasimeno mi ha fatto comprendere e ha messo in evidenza come il Piano Sanitario non abbia preso in considerazione l'esistenza di strutture ospedaliere efficienti nelle regioni limitrofe. Se infatti, sciaguratamente, si realizzasse un ospedale nuovo tra Castiglione e Città della Pieve, la popolazione che abita a nord del lago andrebbe necessariamente, per tutte le necessità, al più vicino ospedale della Toscana, che dista dal nostro confine umbro solo 12 chilometri. Così la sanità umbra, anziché essere proiettata ad accogliere malati da fuori regione, sarebbe costretta a far emigrare i nostri pazienti, certamente con poca soddisfazione da parte di tutti, in altre regioni.

La Presidente Lorenzetti ricorda sempre e dice che l'Umbria è piccola ma non è debole, ma io debbo dire che l'Umbria è piccola e rischia di essere sempre più isolata dal contesto nazionale. Il Piano Sanitario, infatti, non indica in modo esplicito le intese, gli accordi e le convention che si potrebbero realizzare con le regioni limitrofe nell'interesse reciproco. Anche questa è una grave carenza sul piano della progettazione. Comunque, sul problema delle strutture sanitarie del lago, come Consiglieri della C.d.L. riproponiamo l'emendamento che è stato bocciato in Commissione.

Accanto a tutte queste criticità, c'è sicuramente la scelta positiva di qualificare gli ospedali di territorio, che dovrebbero svolgere un fondamentale ruolo di integrazione sia con i poli di eccellenza ed alta specialità, che con i DEA e i medici di medicina generale. È naturale e comprensibile che le strutture di alta specializzazione debbano essere utilizzate solo per il tempo strettamente necessario alla diagnosi, all'eventuale intervento, alla messa a punto della terapia, inviando poi il paziente all'ospedale di territorio o di comunità, o al proprio medico di famiglia. Per ottenere questo il piano, però, non prevede una vera integrazione e complementarità tra chi gestisce l'eccellenza, gli ospedali di territorio e i medici di base, anche se in Commissione è stata approvata, su proposta del Presidente Bonaduce e del collega Antonini, che abbiamo condiviso, una certa continuità assistenziale da conseguirsi attraverso l'istituzione di un tutor territoriale e ospedaliero, proprio per umanizzare i servizi sanitari.

Il Piano appare comunque carente e vago, sotto l'aspetto più prettamente sociale, in relazione ai percorsi assistenziali a favore degli anziani, disabili e malati mentali. Di fronte a



queste necessità non sono sufficienti indicazioni, propositi o la semplice istituzione di un osservatorio regionale sulla salute degli anziani, ma è obbligatoria una politica fortemente integrata tra assistenza sanitaria e sociale, capace di coinvolgere tutti i soggetti interessanti alle questioni relative alle politiche socio-sanitarie. Spero su questo punto che tutto si realizzi.

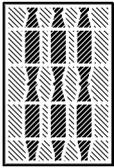
Do atto all'Assessore Rosi di avere accolto la proposta riguardante il superamento della fase di sperimentazione dell'assegno di cura e di avere accolto, in prospettiva dell'estensione dello stesso, l'emendamento con il quale chiedevo alla Giunta regionale di adottare entro sei mesi un apposito disegno di legge sull'assegno di cura. Trattasi in questo caso di un'emergenza a cui occorre dare una risposta immediata.

Credo anche che si debba ringraziare l'Assessore Rosi per avere accolto in Commissione un emendamento che riguarda la garanzia dell'utilizzo di strutture specifiche ed appropriate per i pazienti disabili mentali e fisici. A volte, infatti, nei vari tipi di strutture per disabili non si tiene affatto conto dell'età, delle differenti disabilità, finendo così con il compromettere la qualità dei processi riabilitativi.

Il Piano non prevede una reale collaborazione ed integrazione tra sistema statale e privato; esiste una non conformità tra strutture residenziali pubbliche e private, e una disuguaglianza a livello territoriale di iter autorizzativi ed accreditamenti a residenze sanitarie assistite e residenze protette, dovuta anche - non solo per colpa dell'Assessorato - alla troppa discrezionalità adottata da alcune Aziende Ospedaliere.

Come avviene in altre regioni, si può migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie se si utilizzano al meglio tutte le strutture, anche quelle private, che devono però sottostare a parametri di carattere pubblico, così da potere essere fruibili in modo universale e senza alcuna discriminazione per ciascun cittadino.

Mi dispiace evidenziare come la Regione dell'Umbria non abbia mostrato la volontà di istituire l'agenzia sanitaria regionale come opera di supporto tecnico per l'Assessorato alla Sanità e per il sistema delle aziende sanitarie, per la qualità dei servizi. L'agenzia avrebbe potuto, in un piano di modernizzazione del servizio sanitario, sviluppare programmi di innovazione clinica, organizzativa e gestionale; elaborare progetti di alta specialità, d'intesa con l'Università; fornire standard di valutazione nella collaborazione pubblico-privato; favorire il trasferimento delle esperienze a tutto il servizio sanitario regionale. In Commissione è stato



bocciato l'emendamento con il quale ne avevo chiesto l'istituzione come struttura indipendente, già prevista tra l'altro in altre regioni, come la Toscana e l'Emilia Romagna.

Infine, le risorse finanziarie, globalmente considerate, appaiono poco realistiche, in quanto le entrate sono valutate con parametri e ipotesi troppo superficiali. Il vincolo dell'incremento del 7% per la spesa sanitaria, frutto dell'accordo dell'agosto scorso, che pure appare relativamente alto, rischia di essere insufficiente e costringerà a ricorrere, come sempre, ad un ripiano delle uscite fatto di corsa, in modo selvaggio, e tale da compromettere i più elementari livelli di assistenza.

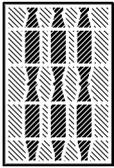
In conclusione, con questo Piano la Giunta regionale non ha, secondo me, voluto fare alcuna scelta significativa, e la sanità umbra continuerà ad essere articolata a pelle di leopardo, con territori dove si effettuano specifiche iniziative ed altri dove i cittadini devono accontentarsi. Proprio questa ultima considerazione rende inaccettabile la politica sanitaria che ci viene proposta, in un territorio dove ancora la gente guarda con fiducia al sistema pubblico, fortunatamente.

Noi della Casa delle Libertà viviamo questo disagio e queste contraddizioni, e ne sentiamo tutta la responsabilità, come rappresentanti del popolo. Per essa ci siamo impegnati, e per questo voteremo contro un progetto che mantiene la disparità e che non mostra alcuna identità.

**PRESIDENTE.** Diamo la parola al Consigliere Fasolo.

**FASOLO.** Sicuramente starò nei tempi che ci siamo assegnati, anche perché credo che farò esclusivamente alcune puntualizzazioni rispetto ad un Piano Sanitario che abbiamo profondamente analizzato e che ha avuto un percorso partecipativo molto attento e molto puntuale. La Commissione ha voluto fare questo perché riteneva doveroso e necessario farlo, rispetto ad un atto che sicuramente dà pregnanza alla legislatura, e perché riteneva che rispetto a questo fosse necessario sviluppare in confronti tematici, quindi con un confronto fortemente partecipato, le tematiche e gli sviluppi del piano.

Credo che però rispetto alle considerazioni che il Piano sotto certi aspetti ha già avuto in



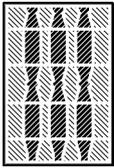
Commissione, anche con il voto favorevole da parte dei Socialisti Democratici Italiani, che non si possa non analizzare in un quadro complessivo e globale quello che è la sanità nel livello nazionale per poi entrare anche nei termini della nostra regione.

Quindi un quadro di riferimento complessivo che possa (---) sul piano economico e politico, come si innesta questo Piano e quali sono quelli che riteniamo i punti di eccellenza e di qualificazione rispetto invece ad un processo che tante volte - penso a quello della sanità in altre regioni - viene oggettivamente sovrastimato rispetto alla qualità della sanità della nostra regione. Sul piano economico credo che non si debba sottacere un dato che è sostanziale: quello del pareggio economico, non tanto in una visione esclusivamente economicista della sanità, che anzi è una visione che non ci appartiene, ma soprattutto perché questo pareggio di bilancio ci dà l'autonomia delle scelte, elemento essenziale per poter continuare a proporre e ad impegnarsi su un modello di sanità umbra, che riteniamo un modello avanzato, all'avanguardia e di qualità, ed anche sul piano politico, avendo la possibilità di fare una valutazione nel complesso delle altre regioni che, come dicevo, molte volte, forse con un pizzico di incapacità di orgoglio, sovrastimiamo nei confronti della nostra sanità.

Si parlava di una percezione del servizio che non sempre è nel senso dell'effettiva qualità del servizio. Io credo che questa percezione del servizio noi abbiamo il dovere di dare con estrema obiettività, estrema capacità di analisi oggettiva; quindi ritengo profondamente ingiusti e limitativi i giudizi di un piano ideologico, di un piano grigio, che non ha una visione unitaria della sanità della nostra regione. Anzi, credo che proprio qui, abbiamo avuto la capacità di sviluppare un Piano che abbia una visione unitaria complessiva della nostra sanità, e che al di là dell'onere della proposta che qualche volta può essere fatta anche dai singoli esponenti, abbia la capacità dell'onere del governo.

Per rispondere in assonanza a quanto oggi diceva il Consigliere Zaffini, credo che - lo dico da esponente di un territorio della parte nord dell'Umbria - nell'onere della proposta si possono fare anche le battute, ma nella capacità del governo dobbiamo poi saper dare risposte unitarie, non localistiche, ma in grado di dare una percezione della capacità del governo regionale della sanità.

Intendevo svolgere, nella riflessione sul piano, un paio di considerazioni. Credo che

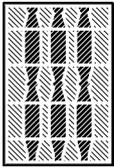


occorra partire da un dato: la forte incidenza della popolazione anziana nella comunità regionale; un aumento dell'aspettativa di vita, segnato anche dalle indagini epidemiologiche, che è di per sé un fatto sicuramente positivo, in parte dovuto anche alla qualità della vita nella nostra regione - in gran parte dovuto a questo - in parte dovuto alla scelta di vita che cittadini di questo Paese, ed anche di Paesi esteri, fanno del periodo finale della loro vita, proprio per poter meglio avere un livello, una qualità e un'aspettativa di vita che possa rispondere alle loro esigenze. Questo fatto, da un lato estremamente positivo, dall'altro è evidente che abbia dei riflessi sui costi, sulla capacità di tenuta di una sanità che oggettivamente dà risposte di livello e risposte diffuse.

Credo che bene faccia il Piano a focalizzare sulla prevenzione il punto di attacco, nel passaggio dalla questione soltanto della risposta sanitaria ad una cultura della salute, che è l'elemento che deve qualificare sempre più una società che punta ad essere all'avanguardia ed elemento di innovazione. Bene fa a definire all'interno degli stili di vita gli elementi fondanti di questa grande attenzione per la prevenzione.

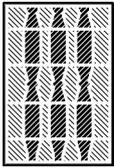
Credo, però - ho avuto modo di dirlo anche in Commissione, e presenterò rispetto a questo un emendamento - che nel complesso delle azioni che il Piano prevede, nell'attenzione agli stili di vita che il Piano prevede, uno spazio specifico..., anche perché i dati stessi che il Piano ci pone nell'analisi dell'attività fisica e dell'attività sportiva che i cittadini dell'Umbria fanno sono dati che hanno un punto di necessità e un punto di attenzione nei confronti di un incremento che deve essere un obiettivo primario, nel momento in cui come stili di vita e come attività fisica poniamo questo quale elemento in grado di essere un elemento fondante di un'azione di prevenzione vera.

Lo voglio dire perché penso che nel momento in cui - e il Piano pone il problema e lo analizza - abbiamo ancora una bassa incidenza di cittadini che fanno attività fisica, abbiamo un carico individuale di [chi non pratica] l'attività fisica l'incremento dal 37,8% al 38,4, un incremento non eccessivo, ma significativo di una parte sulla quale ancora possiamo e dobbiamo agire. Anche perché, lo voglio dire con estrema franchezza, troppo spesso vediamo che fenomeni come il *fitness* ed il *wellness* sono visti solo come un aspetto di una visione edonistica di tutela del proprio corpo, e non come invece un'azione di garanzia e di



prevenzione rispetto agli sviluppi anche futuri. Proprio anche nell'obiettivo di ridurre il più possibile un'inevitabile periodo di disabilità che intercorre dall'età avanzata in poi, credo che sviluppare in maniera decisa e convinta l'attività fisica e quindi tutte quelle forme che possono in sinergia dare anche una garanzia di stili di vita e sviluppare quelle politiche integrate sui determinanti di salute sia in grado di essere elemento qualificativo ed aggiuntivo. Ricordo, per esempio, il grande sostegno e il grande aiuto che danno in termini di prevenzione nei confronti delle patologie cardiovascolare e cerebrovascolare, di quelle osteoarticolari, con particolare riferimento all'osteoporosi, anche di quelle metaboliche come il diabete. L'esercizio fisico regola ed aiuta a controllare il peso corporeo, riduce l'ipertensione arteriosa e la frequenza cardiaca ed aumenta nel complesso il benessere psicofisico. E' una dieta che io credo che giustamente sia stata valorizzata e sia stata data una grande importanza alla prevenzione, io credo che rispetto a questo la capacità di legare alla prevenzione anche una sinergia nei confronti di quelle che sono le attività sportive e fisiche, e quindi quello che è il *fitness* ed il *wellness* sia un elemento essenziale nella politica integrata di prevenzione.

Un altro aspetto che mi preme toccare - dicevo prima che toccherò esclusivamente alcuni punti del Piano - è quello relativo alla politica e all'azione di governo sull'abuso del farmaco. Io ritengo che molto bene abbia fatto l'Assessore nello sviluppare su questa politica, su questa azione di contenimento dell'abuso del farmaco un'azione importante, un'azione che ha coinvolto i medici di base, le farmacie, le aziende, un'azione che però non può e non deve essere esclusivamente economica. Ridurre il consumo del farmaco non significa soltanto ridurre la spesa farmaceutica, ma significa istruire il cittadino ad un uso più consapevole del farmaco e della sua specificità ed anche del suo utilizzo in condizioni di bisogno e non come elemento quasi di prevenzione. Lo voglio dire perché è di pochi giorni fa un risultato di 3 studi dell'Unione Europea sull'inquinamento derivante da antibiotici, l'inquinamento dell'ambiente e del territorio derivante dagli antibiotici. Vengono consumate in Europa, ogni anno, 12.500 tonnellate di antibiotici, che in gran parte sono assorbiti dal metabolismo umano nel momento della somministrazione, ma vengono ritrovate tracce non indifferenti nelle acque, nei terreni, con quello che ciò comporta nella capacità di formare ceppi resistenti all'antibiotico e quindi anche alla successiva somministrazione.



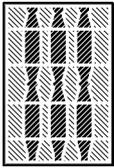
Credo che questa focalizzazione, questa capacità di agire su un contenimento dell'utilizzo dei farmaci, non solo per l'aspetto economico che riveste ma per l'aspetto culturale e di salute, debba essere un elemento di grande attenzione. Credo che, proprio perché debba essere un elemento di grande attenzione, non possa non prevedere il coinvolgimento diretto dei cittadini, del paziente, e quindi debbano essere sviluppate in questo senso, parallelamente alle positive azioni messe in campo con gli operatori del settore, azioni anche nei confronti della comunità, proprio perché la somministrazione e l'abuso - non si parla, naturalmente, di sostanze dopanti - del farmaco di per sé è uno degli elementi sui quali una politica della salute deve maggiormente intervenire.

Aggiungo altre due considerazioni relative ad un emendamento che porrò all'attenzione dell'aula e del Consiglio, relativo ad un fenomeno che da più parti è stato sollevato, che ha trovato anche nel corso di questa legislatura la presentazione di diversi disegni di legge. Mi riferisco al fenomeno del *mobbing*, il fenomeno delle persecuzioni psicologiche nei luoghi di lavoro. Sono stati presentati più disegni di legge nel corso di questa legislatura, uno alcuni mesi fa dal gruppo cui appartengo. Ritengo che l'inserimento di uno specifico paragrafo, che all'interno dei dipartimenti di prevenzione delle ASL preveda apposite competenze sia un elemento in grado di rispondere ad esigenze vere, sia anche in grado di dare risposte a quelle problematiche che i cittadini - in questo caso i lavoratori - ci richiedono.

**PRESIDENTE.** Diamo ora la parola al Consigliere Urbani.

**SPADONI URBANI.** Grazie Presidente, grazie colleghi per l'attenzione, spero di non essere troppo lunga. Dov'è l'Assessore?... Assessore, un po' di attenzione, perché desidero per prima cosa mettere in evidenza come abbiamo aggiustato il tiro, ultimamente, rispetto ad un anno fa, e rispetto alla dichiarazione di qualche collega che parla di modello umbro della sanità come il meglio del meglio del meglio.

Sicuramente abbiamo una sanità piuttosto dignitosa. Ho sentito l'Assessore rispondere in interventi televisivi nei quali afferma che abbiamo una buona sanità, ma possiamo fare di meglio. È giusto, Assessore, noi possiamo fare di meglio, anche se qualcosa stiamo



facendo. Apprezzo anche le sue affermazioni in merito alla promozione della salute, alla prevenzione delle malattie; questo è sancito dalla Costituzione, quindi è estremamente importante che l'Assessore alla sanità si proponga di perseguire questo risultato e lo scriva nel Piano Sanitario Regionale.

Ci sono, nel Piano Sanitario Regionale, alcuni risultati raggiunti, da condividere; il primo è il pareggio di bilancio. Non ci interessa adesso scendere nei particolari e dire come e perché, l'importante è che il pareggio di bilancio è un problema in meno, perché di problemi la sanità regionale ne ha. Ci auguriamo che possa continuare questo trend positivo e pareggiare il bilancio.

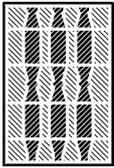
Ci va bene anche che non siano aumentati i ticket, anche se per le prestazioni sanitarie i ticket ci sono, e cari; naturalmente per fasce di età e di reddito non si pagano. Per quanto riguarda, invece, i farmaci, tutti i salvavita sono gratis, mentre per gli altri si segnano i principi attivi. Se vai a prendere l'Aspirina, perché magari sei cardiopatico e prendi l'Aspirina o un Aulin, te lo devi pagare perché nessuno te lo dà gratis.

È molto importante, ritengo, l'aver stabilito l'acquisto centralizzato dei farmaci. Finora avveniva ASL per ASL, adesso avverrà in maniera centralizzata, e nell'economia di scala credo che questo possa comportare un buon risparmio. Forse si potrebbero centralizzare anche altri acquisti; questi sono gli sprechi che si devono tagliare per avere più risorse da investire nella qualità del servizio sanitario da offrire ai cittadini.

Detto tutto questo, dico che, come Consigliere regionale, prendo atto dei risultati raggiunti. I cittadini però hanno una domanda di sanità migliore. Per soddisfare a grandi linee alla loro necessità di avere una sanità umbra efficiente ed efficace, per prima cosa occorre l'elisoccorso. Anche nel Piano Sanitario precedente - l'Assessore, allora, era l'attuale Sindaco di Perugia - mi ricordo che era previsto l'elisoccorso, non a Perugia, ma in convenzione con Arezzo. Non ce l'abbiamo l'elisoccorso, e invece è estremamente importante perché può salvare una vita umana, e non c'è prezzo che si deve pagare per salvare una vita umana.

Inoltre, bisogna diminuire le liste di attesa. Non è vero che le cose vanno meglio, ce ne sono tante, e qui ci sono delle disfunzioni alle quali bisogna assolutamente sopperire.

Bisogna anche migliorare il servizio delle prenotazioni; certe volte ci sono file anche lunghe

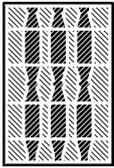


3 chilometri, perché magari il ragazzo che porta avanti il servizio al CUP, appartenente alla cooperativa alla quale si è appaltato il servizio, non ce la fa e non è in grado di portarlo avanti.

Poi, un'altra cosa indispensabile è il 118 efficace ed efficiente. Il 118 funziona alcune volte, altre volte non funziona; in alcune A.S.L. c'è, in altre non c'è. Sono troppi? Diminuiamoli, l'importante è che ci sia un 118 efficace ed efficiente, rispondente alle necessità dei cittadini (cittadini, non utenti, perché da adesso sono diventati clienti, se non sbaglio).

Passiamo ad esaminare in generale il Piano Sanitario Regionale. La prima cosa che ho potuto appurare, senza voler fare polemiche, è che, al di là di tante buone intenzioni, manca di programmazione. Non c'è programmazione precisa alle cui azioni corrispondono precise fonti di spese, o delle precise scelte politiche; da qui ne deriva che i PAL diventano la programmazione sul territorio, ma i PAL sono gestione sanitaria, non programmazione sanitaria. La 502 tolse ai politici la gestione della sanità; se noi diamo ai direttori generali il potere di operare scelte, allora ritorniamo alla politicizzazione del servizio della sanità. Quindi questa è una cosa che mi dispiace avere appurato, perché credevo che si potesse programmare, però non è una questione dell'Assessore alla Sanità, in generale devo affermare che una programmazione in questa regione è sufficientemente carente; infatti i direttori generali in questo Piano Sanitario appaiono - a me; mi posso sbagliare, l'Assessore mi risponderà - un po' il deus ex machina della sanità regionale, territorio per territorio. Mi sembra che abbiano troppa importanza, ecco forse perché è stato tanto difficile sceglierli, perché dovevano rispondere.

Un'altra cosa che ritengo manchi, e che ritengo che invece si debba fare, è una decisa distinzione tra gli ospedali della medesima A.S.L.. Cioè, non è possibile - e qui sta la razionalizzazione della rete ospedaliera - che in una A.S.L. ci siano due o tre ospedali che fanno le stesse cose, bisogna che il loro servizio si integri; quello che si fa a Città di Castello non si può fare a Gubbio o a Umbertide (per non toccare Spoleto o Foligno, perché altrimenti sembra che siamo tutti "caserecci", come dicono a Norcia...). Quindi è molto importante stabilire e distinguere il ruolo degli ospedali nelle rispettive ASL. Poi vengo ad un altro nodo importante: i DEA. A parte che io leggo ancora che ci sono 7 ospedali che impongono la rete dell'emergenza, e quindi non viene stabilito se sono 7, 4, 2 o 1; ma poco conta, perché negli



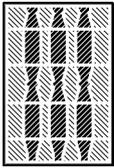
ospedali dell'emergenza-urgenza vanno i malati gravi, le persone che rischiano di morire di emorragia, per esempio, va chi ha l'infarto, vanno persone la cui vita è in pericolo. Allora occorre che questi ospedali che sono sede di DEA, lo siano effettivamente; cioè, occorre che finisca la reperibilità e ci sia la guardia attiva. Non basta che ci sia l'UTIC e la rianimazione, che ci sia il punto nascita 24 ore su 24, o la guardia medica; occorre che i servizi di laboratorio, di radiologia, di ematologia..., cioè se serve una sacca di sangue, la reperibilità è mezz'ora, qualcuno può non avere mezz'ora di tempo per essere salvato. Quindi che i DEA siano 7, o siano 6, o siano 5, che siano funzionanti; o sono funzionanti o li chiudiamo, perché altrimenti la gente ci muore. Quindi questo credo che sia estremamente importante: la guardia attiva e non la reperibilità.

Altra cosa che chiedo è l'adeguamento dei posti letto: abbiamo un parametro nazionale riferito al numero degli abitanti; che ogni ospedale abbia il numero di posti letto riferito a questo parametro.

Concludo, prima di dire due parole sulla medicina del territorio, con gli anziani. Noi abbiamo ottenuto più risorse, ripartendo il fondo tra le regioni, proprio tenuto conto dell'indice di anzianità della nostra popolazione. Si stanno facendo gli assegni di cura, si stanno creando posti letto per autosufficienti e non autosufficienti, ma credo che si debba fare qualcosa di più, perché ci sono tanti e tanti anziani che aspettano di morire, significa che il prolungamento della loro vita è diventato un'agonia, nell'attesa di morire. Non si può scaricare sulle famiglie il peso di tutto; 800.000 lire per l'assegno di cura e 400.000 lire per gli anziani sono poche.

**ANTONINI.** *(Fuori microfono)*...

**SPADONI URBANI.** No, sono 400.000, informati... se mi sono sbagliata, chiedo scusa, può succedere. Sono molto pochi, comunque gli anziani sono tanti di più; 1.600 più 800 quanti sono? Non mi sembra che in Umbria ci siano 1.600 più 800 anziani da assistere, credo che ce ne siano di più, diamoci da fare, perché c'è la disponibilità del centrodestra su questo, per quel poco che conta e per quel poco che può fare, nella speranza che un giorno conti molto di



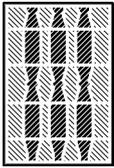
più, perché agli anziani ci tiene moltissimo.

Concludo con la medicina sul territorio, è importantissima, perché in ospedale ci si deve andare come si va in officina con la macchina, per cambiare il pezzo e ritornare a casa. Quindi la medicina del territorio, anche se siamo quasi al 50%, deve essere curata al massimo; ci devono essere centri diagnostici, perché per sapere di quale patologia soffri non devi andare in ospedale, ci devono stare delle strutture intermedie che ti permettono di essere assistito lì, e ci devono essere dei centri per fare la convalescenza, perché qui stiamo sempre con la famiglia, e poi arrivano delle persone che vengono... - io non ce l'ho con le cooperative, per fortuna che ci sono loro, altrimenti non avremmo avuto neanche questa di assistenza - ci sono delle persone che vengono semplicemente a curarti nel corpo, ma che non sono sempre capaci di curarti per quello che il corpo soffre. Quindi la medicina del territorio deve essere curata meglio, sia nei centri di salute che nei distretti, e bisogna anche qui indicare le risorse, perché non si può pensare di portare avanti la medicina del territorio con le risorse risparmiate tagliando reparti e posti letto, non è possibile.

**PRESIDENTE.** Diamo ora la parola al Consigliere Antonini.

**ANTONINI.** Io ho ascoltato molto attentamente, quando non sono stato impegnato nel tourbillon degli emendamenti, gli interventi che mi hanno preceduto, in particolare gli interventi dell'opposizione, nei confronti dei quali io esprimo un apprezzamento per lo sforzo e per le analisi fatte. Io ho notato, rispetto ad altri atteggiamenti qui in aula, una volontà in più di entrare nei problemi, di suggerire elementi, di fare proposte, su alcune delle quali io mi trovo pienamente d'accordo: la necessità di potenziare la ricerca scientifica, i rapporti con l'università, anche se ci sono delle imprecisioni, l'accreditamento, la qualità, elemento fondamentale sul quale dobbiamo riflettere di più, che non può essere elemento dato. Così come per tante altre attività umane, anche in sanità io credo che la qualità debba essere il più possibile certificata, e non, ovviamente, strombazzata.

Credo che ci sia, da questo punto di vista, la necessità di fare dei passi in avanti, e concordo quindi con quanto è stato detto da coloro che mi hanno preceduto, anche se so che



l'Assessorato sta provvedendo su questa strada ad attivare una serie di iniziative, anche, da quanto ho capito, estremamente significative.

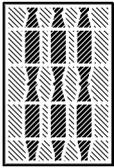
Però io credo che dovremmo fare uno sforzo; il Piano lo abbiamo vivisezionato in dieci mesi, analizzato da tutti i tipi di angolazione possibile, tutte le sfaccettature possibili, però dobbiamo fare uno sforzo per capire un po' di più, perché credo che ci siano delle differenze sostanziali tra questa maggioranza e l'opposizione in Umbria, tant'è che io ho visto negli interventi dei colleghi del centrodestra, accanto allo sforzo positivo che prima ho citato, un elemento conduttore, però, sul quale credo che dobbiamo cominciare a confrontarci.

C'è questa necessità di un costante, da parte vostra, riferimento al privato: più privato, apertura al privato; in ogni intervento è stato ribadito fortemente questo concetto, nelle conferenze stampa dei giorni precedenti alcune formazioni politiche hanno sottolineato questa necessità di apertura al privato, sul quale dobbiamo intenderci. Quale privato? Che tipo di privato? È uno degli elementi di discriminazione sui quali dobbiamo confrontarci nel futuro, per quanto riguarda la sanità. È il privato sociale, l'associazionismo cattolico, cui noi riconosciamo anche maggiori sensibilità rispetto a noi - io perlomeno lo faccio - o invece, come sembra di capire, si tratta di avviare quel processo di privatizzazione del sistema? Vorremmo capire se, invece, è il tentativo di dare la stura a due modi diversi, a due concezioni diverse di intendere il sistema sanitario.

Credo che occorra fare uno sforzo per capire quale momento politico viviamo, quali sono le forze in campo, come si muovono, per comprendere bene come si inquadra l'approvazione di questo Piano sanitario regionale e che cosa andiamo ad approvare, anche rispetto alle richieste e alle risorse disponibili con le quali ovviamente tutti dobbiamo fare i conti, quando chiediamo più servizi, più assistenza, più qualità, più innovazione.

A noi sembra che ci sia questa volontà precisa di avviare la privatizzazione del sistema, già in parte delineatasi con la trasformazione dell'(...) in fondazione e con nuove ipotesi che mano a mano, non lo dobbiamo dimenticare, si fanno strada. Il Ministro Sirchia ogni tanto ne propone una; l'ultima, quella rientrata, sull'abbattimento delle liste di attesa con le visite intra moenia tramite un sistema a carattere assicurativo.

C'è un tentativo di destrutturare il sistema di welfare, attraverso una serie di azioni del Governo che costringono Regioni e Comuni a tagliare servizi, a ridurre la qualità degli stessi.

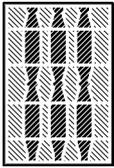


Noi siamo coscienti che è una battaglia molto dura, una battaglia difficile, il cui esito chiarirà se in questo Paese le tutele e i diritti saranno fortemente mutilati o se, al contrario, si aprirà una nuova stagione, capace di dare risposte ad una moltitudine di cittadini che rischiano di essere abbandonati alle logiche inique del mercato; una solitudine molto grave, specie nel campo della tutela della salute.

E il messaggio che si lancia è molto semplice: il sistema sanitario pubblico non riesce a garantire alti livelli di servizi a tutti, poiché, se lo fa, salta il bilancio dello Stato. È una delle costanti che noi ritroviamo nelle politiche liberiste e iperliberiste: quando si tratta di privatizzare i grandi sistemi di servizi pubblici - la sanità e la scuola - si mette in campo l'elemento della insostenibilità e della incompatibilità economica, sottolineando che il privato, ovviamente, farebbe risparmiare dando qualità di servizi analoghe e talvolta anche migliori.

Ho già avuto modo di dire qui in aula, altre volte, che ci sono studi di valenti economisti, in particolare su queste tematiche si è cimentato Joseph Stiglitz, che è il Premio Nobel 2000 per l'economia, il quale ha scientificamente dimostrato che nei grandi sistemi di servizi - scuola e sanità, ripeto - il privato non riesce a garantire la stessa qualità dei servizi, anzi c'è un aggravio di costi consistente, di circa il 20%, che è la somma pari agli utili degli azionisti di riferimento. Noi dobbiamo partire da queste considerazioni per comprendere che non è la privatizzazione la strada da perseguire.

È stata fatta, negli anni '80, da Margareth Thatcher, in Inghilterra, una privatizzazione massiccia ed abbiamo visto tutti come è andata a finire: le condizioni in cui è ridotto il sistema sanitario inglese, costretto ad acquistare prestazioni all'estero. C'è qui il collega Sebastiani, e vorrei sottolineare al Senatore di riferimento del collega Sebastiani, che pochi giorni fa sulla stampa ha sottolineato questo elemento, di come gli inglesi vadano a comperare prestazioni sanitarie in Lombardia, in Veneto e in Emilia Romagna, deducendo da questo fatto che il sistema sanitario umbro è un sistema sanitario che non ha qualificazione, e invece tutt'altro; dimostra, da un lato, cosa succede nelle prestazioni selvagge, dall'altro invece la cosa è molto più semplice, nel senso che gli inglesi vanno a Bologna, a Verona e a Milano perché partendo da Heatrow, da Cardiff o da Manchester, possono raggiungere queste località con più facilità. Tutto qui. Ti pregherei di portare questo messaggio al tuo Senatore di riferimento, che non ha necessità di dequalificare il sistema



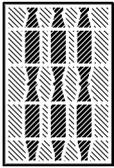
sanitario regionale. È successo in questi anni che anche in Italia, con le aziendalizzazioni, la tutela della salute e i bisogni sanitari sono diventati una variabile dipendente, non indipendente. Sapete, il sistema di finanziamento che ci hanno proposto in questi anni, e sul quale dobbiamo riflettere, è che prima si determinava la spesa disponibile e sulla base di questa i bisogni sanitari; i governi dell'Ulivo hanno corretto questa impostazione, associando entità della spesa e livelli essenziali di assistenza. Oggi abbiamo visto come il Governo Berlusconi, negli ultimi due anni e mezzo, non abbia finanziato numerosi livelli essenziali di assistenza, facendo sì, ripeto, che la salute dei cittadini diventasse una variabile dipendente dalle disponibilità finanziarie.

Ecco perché l'Umbria sta sostenendo un grande sforzo, insieme alla Toscana e all'Emilia Romagna, che sono le regioni che hanno chiuso sostanzialmente il bilancio in pareggio; una battaglia di valenza nazionale, perché fino a quando noi reggeremo non sarà possibile dimostrare l'incompatibilità del sistema pubblico con i finanziamenti e con le disponibilità di questo Paese.

Certo, vi è un punto di rottura, se il Governo continuerà a ridurre i finanziamenti agli enti locali e a non rispettare gli accordi come quello dell'8 agosto 2001 con le Regioni (altro che l'accordo di Fiuggi). Tenendo il finanziamento al sistema sanitario nazionale al di sotto del 6%, precisamente al 5,8 o 5,9, a bloccare le assunzioni, come si sta facendo in questo momento, a dare attuazione alla *devolution* bossiana con 20 sistemi sanitari regionali diversi, è evidente che anche per noi si porrà un problema di valutare la possibilità di reggere gli equilibri di bilancio, e quindi di operare anche in maniera diversa.

Ma certo, non è l'esperienza delle assicurazioni private, non è il sistema del doppio assicuratore, ma è la tassazione generale che costituisce il modo più equo, a nostro avviso, economicamente, per finanziare le risorse necessarie per il funzionamento di un buon sistema sanitario.

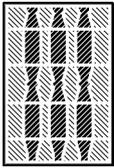
Io voglio tornare su alcune cose molto interessanti - perché noi dobbiamo essere coscienti di come funzionano anche sistemi al di fuori del nostro Paese - che diceva prima il Consigliere Bottini, da altre angolazioni, sul sistema sanitario che per eccellenza fa riferimento al privato. Negli Stati Uniti per 1 americano su 3 la copertura sanitaria è il primo



dei problemi, prima della disoccupazione e del terrorismo; le cure negli ultimi tempi sono diventate molto più costose, le tariffe sono nel 2002 aumentate del 15%. Una famiglia di 2 persone, moglie e marito, che non fumano e che non hanno malattie croniche - perché queste cose contano - con 2 figli adolescenti, deve spendere 1.500 dollari al mese per assicurarsi. Le aziende riducono negli ultimi tempi le coperture dei rischi; si paga il ticket dei farmaci e le visite mediche fino a 40 dollari; le spese oculistiche non sono coperte. Diciamocelo con chiarezza, così finiremo di pensare alla privatizzazione del sistema sanitario nazionale. Esistono due sistemi pubblici: il *medicaid* per i poveri, compresi i disoccupati, e il *medicare*, che assiste i cittadini oltre i 65 anni e i disabili, ma non offre, anche qui, il rimborso dei farmaci. 42 milioni di cittadini sono fuori da tutto, tra cui giovani e autonomi, i quali ovviamente, essendo giovani, pensano di non ammalarsi, ma ovviamente poi, riscontrando i problemi che la vita riserva a tutti..., e la malattia non è un problema per la perdita dello stato di salute, ma per il suo costo. Le malattie croniche non sono assicurate; la prevenzione è ignorata, i costi amministrativi e burocratici si moltiplicano. È bene fare un riferimento con il nostro sistema sanitario nazionale, in cui spendiamo circa 1.300 euro l'anno a testa, più 400 euro di spesa privata; ma per 1.700-1.800 euro non esiste assicurazione privata al mondo che sia in grado di garantire ciò che viene garantito nel nostro Paese dalle prestazioni del medico di famiglia alle vaccinazioni, dal pronto soccorso al trapianto, insomma dalla vita alla morte. Per questo siamo difensori strenui dell'assicuratore unico, e non per una idiosincrasia verso il privato, come spesso ci si accusa di fare.

Noi vogliamo difendere tutto questo. Nel Piano i principi e i valori fondamentali fanno riferimento a tutto questo, cioè al contrario di tutto questo che abbiamo detto: l'universalità, l'equità nell'accesso, la possibilità di dare servizi sempre più pertinenti e sempre più qualificati, la possibilità di intervenire laddove si sviluppano i determinanti della salute. E qui faccio un ragionamento riferito alla necessità di ampliare, così come il Piano fa, la medicina territoriale.

La salute non è legata - togliamocelo definitivamente dalla testa - alle strutture ospedaliere. È nel territorio che [punti] determinati di salute si estrinsecano, dando positività e negatività di sistema. Territorio significa prima di tutto prevenzione; sappiamo che in

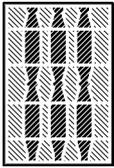


Umbria la speranza di vita è in costante aumento, ed è nel territorio che dobbiamo tentare di affinare ulteriormente la nostra azione. Il territorio al centro, con un nuovo ruolo degli operatori, dei medici di medicina generale, che devono divenire i perni del sistema; équipes territoriali integrate nei centri di salute, continuità assistenziale, dipartimenti territoriali, sviluppo di forme associative che permettano di individuare obiettivi di salute, migliorare i percorsi per l'assistenza delle malattie cronico-degenerative, e quindi anche l'appropriatezza della prescrizione dei farmaci, delle visite specialistiche e dei ricoveri.

Sono cose che ci diciamo da molto tempo, ma a me pare che questo Piano sanitario regionale, che ci accingiamo ad approvare, abbia concretamente assunto questi principi come valori fondanti, perché anche le risorse sono distribuite rispetto al passato in maniera diversa, l'assistenza totale distrettuale aumenta del 3%, l'assistenza di base del 2%; diminuiamo l'assistenza farmaceutica del 2%, come previsione, e più 3% per l'assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale. Quindi elementi, a mio avviso, fortemente positivi, elementi di grande rilevanza che devono essere ulteriormente sottolineati.

Noi abbiamo, nel corso dei lavori in Commissione, tentato anche di risolvere alcuni problemi; non so se ci riusciremo, perché si tratta di questioni di carattere qualche volta anche sperimentale. Ma prima di accennare a questo, un elemento vorrei ai colleghi di centrodestra sottolineare: rispetto alla rete ospedaliera stiamo facendo uno sforzo enorme di rinnovamento, tentando di superare municipalismi e localismi che francamente non mi pare abbiano necessità di essere ulteriormente stimolati da ordini del giorno, da prese di posizione che, francamente, come quella che riguarda la zona del lago, Città della Pieve e Castiglion del Lago, non hanno a mio avviso ragione di essere, perché riportano l'Umbria indietro. Non si tratta di conquistare utenze dall'esterno della regione, si tratta di dare a quelle realtà, invece, degli ospedali funzionanti. Non definirei la costruzione di un nuovo ospedale, ovviamente, una sciagura... (*Sebastiani fuori microfono*)... No, non definirei la costruzione di un nuovo ospedale una sciagura; è stata definita "nella sciagurata ipotesi della costruzione di un nuovo ospedale; ovviamente, io non la penso in questo modo.

Un'ultima questione, riferita ad un elemento, cioè alla persona al centro del sistema, cioè alla centralità dell'individuo. Noi abbiamo cercato, non so, ripeto, se riuscendoci o meno, a

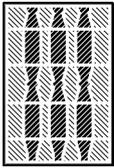


porre l'attenzione sulla umanizzazione. In particolare, credo, noi DS, insieme a Rifondazione Comunista, abbiamo fatto uno sforzo in Commissione per umanizzare i servizi, per determinare un maggior rispetto della persona e della sua dignità, che sono a mio avviso la grande questione non risolta.

Paure, timori, sofferenze, certezze negative rendono i cittadini malati soggetti molto fragili, indifesi, spesso soli, spesso abbandonati. Non dobbiamo mai sottovalutare questi elementi, perché ovviamente sono un dovere, sia professionale, per chi è medico come me, ma anche un valore morale. Quindi abbiamo cercato di proporre alcuni suggerimenti, alcuni emendamenti, come il comitato degli utenti, che è stato proposto dal Presidente Giorgio Bonaduce, e come il sistema di tutoraggio dei pazienti, che speriamo possa avere un seguito e un'applicazione reale. Questi sono elementi nuovi sui quali vorrei richiamare l'attenzione di coloro che non hanno lavorato in Commissione, perché sono elementi assolutamente nuovi. Il comitato degli utenti ha alcune funzioni precise di difesa, di controllo e di valutazione, ed anche il sistema di tutoraggio, sia interno che esterno; quello esterno fa riferimento in particolare al medico di famiglia, e quello interno alle strutture ospedaliere, dove spesso si soffre di isolamento, di scarsa accoglienza, qualche volta anche di scarsa buona educazione. Si ha possibilità di fare riferimento ad un tutor, medico o psicologo, che dovrebbe accompagnare all'interno, in tutte le fasi della degenza, il paziente e poi riavviarlo verso l'esterno, mettendosi in contatto con il medico di medicina generale e con i centri di riabilitazione. A noi sembrano elementi significativi, importanti, così come, ad esempio, anche un emendamento che è stato accolto, forse banale: l'eliminazione dei call centre nelle strutture sanitarie a noi sembra un fatto positivo. Il fatto che un paziente, chiunque esso sia, possa parlare con un essere umano e non con una macchina a noi è sembrata una cosa di grande importanza e di grande interesse, e l'abbiamo inserita nel Piano.

Io chiudo dicendo che noi DS ci sentiamo impegnati a perseguire un sistema sanitario rinnovato che garantisca uguali diritti in tutto il Paese. Il Piano, secondo noi, esprime queste valutazioni; un sistema organizzato e programmato dalle Regioni, che prende in carico il cittadino e lo accompagna nelle sue libere scelte, senza abbandonarlo; un sistema che risponde alle domande del singolo, interpretando anche i bisogni collettivi di salute.

A nostro avviso, la salute è un bene pubblico, che deve essere promosso e garantito dalla



responsabilità pubblica, con il concorso, sì, di soggetti privati e non profit, per raggiungere obiettivi di salute programmati. Per questo difendiamo e difenderemo un sistema pubblico, solidaristico, universale, che non si piega a logiche di mercato e che non riduce la salute dei cittadini a merce da comprare o da vendere.

### **ASSUME LA PRESIDENZA IL PRESIDENTE CARLO LIVIANTONI.**

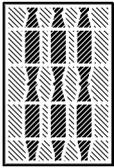
**PRESIDENTE.** Ha chiesto di intervenire il Consigliere Finamonti. Prego, Consigliere Finamonti.

**FINAMONTI.** Quando si parla di sanità, l'attenzione, come vediamo, sale altissima, innanzitutto perché la materia occupa il 75-80% del bilancio regionale, ed ancora di più perché si ragiona della salute dei cittadini, che è il bene più prezioso.

Si sono dette e scritte, come spesso accade, fiumi di parole, e in questo caso i fiumi non sono in secca. Nel mio intervento cercherò di essere il più obiettivo possibile, basandomi su dati oggettivi ed incontrovertibili, che vanno al di là dei pur legittimi schieramenti di parte. Ai cittadini, infatti, non interessano le estenuanti verbosità e le lotte di potere; interessa la salvaguardia della propria salute. Trovare le giuste modalità, questo è il compito degli addetti ai lavori.

L'Umbria ha una popolazione di poco più di 800.000 abitanti, con una prevalenza di anziani (età superiore ai 65 anni) pari circa al 22% rispetto alla popolazione giovane (quella fino a 14 anni), che rappresenta il 12%. Per l'assistenza sanitaria gli abitanti sono ripartiti in 4 aziende A.S.L. alle quali si affiancano due Aziende Ospedaliere, una a Perugia e l'altra a Terni. Rispetto alla media nazionale si ha il più basso numero di assistiti per azienda.

La rete ospedaliera è fortemente dispersa sul territorio, con una prevalenza di posti letto nelle strutture preposte ad attività assistenziali di livello medio-basso. Di contro, per le specialità che necessitano di una media ed elevata assistenza, come le terapie intensive e sub intensive, la disponibilità è nettamente inferiore alla media nazionale; a livello regionale rispettivamente il 52,20 per 100.000 abitanti, contro il 71,7 e il 22,8 della media italiana.



È noto poi il permanere di una forte carenza di posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza, così come bassa risulta l'offerta di posti letto in strutture private accreditate, peraltro limitate alla sola area geografica della provincia di Perugia.

Forti ritardi si registrano nell'implementazione dell'assistenza domiciliare integrata; ne consegue un forte ricorso al ricovero ospedaliero, con costi sempre maggiori.

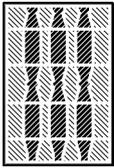
Poco è stato fatto riguarda alle RSA (le residenze sanitarie assistenziali). A puro titolo esemplificativo, è interessante notare che gli standard richiesti, riferiti al personale medico ed infermieristico per questo tipo di strutture non è garantito neanche in numerosi reparti ospedalieri; così per le residenze protette.

Una carenza si ha nella gestione dell'accreditamento; il D.P.R. del 14 gennaio 1997 contiene l'atto di indirizzo e coordinamento per l'autorizzazione all'erogazione delle attività sanitarie, che consentirebbe ai cittadini in assoluta libertà di scegliere tra soggetti erogatori pubblici o privati, in una sana competizione che consentirebbe un contenimento dei costi e un miglioramento della qualità delle prestazioni. Niente è stato fatto, siamo fermi alla certificazione. Questo, ovviamente, tengo a precisare, non significa, come voi sapete e sanno tutti, e non deve essere strumentalizzato, che la sanità deve essere del privato, anzi.

Ora farò un discorso ancora più impopolare, forse, ma necessario, che diventa estremamente politico: quello sulla razionalizzazione del servizio e quindi sull'efficienza. La qualità si ha quando le risorse sono gestite in maniera appropriata, e l'efficienza si ottiene quando si ha l'adeguatezza dei mezzi. Ricordando che la popolazione in Umbria, come detto sopra, è di poco più di 800.000 abitanti - di cui il 22% di età superiore ai 65 anni e il 12% inferiore ai 14 - e tenendo conto del costante aumento degli extracomunitari, dei lavoratori extraregionali, nonché del notevole afflusso turistico stagionale, si rende evidente garantire un servizio sanitario regionale adeguato alle reali necessità.

Inoltre è pur vero che bisogna rivolgere un'attenzione particolare alle cosiddette fasce protette - anziani e bambini - ma non ci si deve dimenticare che tutti i cittadini debbono essere considerati in fascia protetta, in quanto la miglior garanzia di buona riuscita deriva dalla migliore protezione sanitaria erogata, perché alcune patologie, come tutti sappiamo, purtroppo, hanno picchi intorno ai 50 anni.

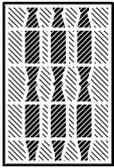
Ora esaminiamo degli argomenti, tra i quali alcuni sono stati trattati anche negli incontri



partecipativi della III Commissione:

1) la centralizzazione degli ospedali, con conseguente potenziamento del sistema del 118, istituendo postazioni operative territoriali di emergenza sanitaria, fisse e mobili, di primo intervento, verso ospedali e DEA;

2) come ridurre le liste di attesa: garantire a tutti i cittadini tempi di accesso alle prestazioni sanitarie adeguati ai problemi clinici presentati rappresenta un obiettivo di primaria importanza del servizio sanitario, in quanto strumento atto a garantire il rispetto di fondamentali diritti della persona, quali la tutela della salute e l'uguaglianza nell'accesso alle prestazioni sanitarie. I tempi di attesa costituiscono, inoltre, uno dei determinanti fondamentali della qualità dell'assistenza percepita dagli utenti, contribuendo in modo rilevante al rapporto di fiducia verso il sistema sanitario. La lunghezza, in alcuni casi eccessiva, delle liste di attesa rappresenta, dunque, per un sistema sanitario un evento fortemente critico, in quanto può limitarne la garanzia dell'equità di accesso e la fruizione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nonché ridurre gli standard di qualità tecnico-professionale e di qualità percepita. Il problema delle liste di attesa è legato a cause multifattoriali, che richiedono l'individuazione di un ventaglio di possibili interventi che, se perseguiti nel loro insieme, possono contribuire ad affrontarlo con successo. Infatti le liste di attesa possono configurarsi come un problema a difficoltà crescente. La soluzione delle questioni più evidenti e di più semplice approccio può dare da sola..., non risultare efficace nel medio e sub termine, per cui diventa necessario provvedere a nuovi interventi sempre più precisi e puntuali. Il semplice aumento dell'offerta disponibile - peraltro primo intervento da attuare in caso di carenze - può determinare risultati favorevoli nell'immediato, ma richiede azioni complementari ed integrate, ad esempio, di razionalizzazione della domanda per poter mantenere la propria efficacia nel tempo. Un ulteriore aspetto dell'integrazione consiste nell'esaminare congiuntamente, seppur con le dovute differenziazioni, il problema delle attese per le prestazioni ambulatoriali, rispetto a quelle di ricovero, considerata l'interazione operativa e la connessione organizzativa, e quindi occorrono anche sistemi di gestione clinico-organizzativi, basati sulla differenziazione dei tempi di attesa per livello di gravità della condizione clinica. Di conseguenza, necessita una più stretta ed attiva collaborazione tra medici convenzionati e medici specialisti, con un controllo ed una revisione delle prescrizioni



per gli esami strumentali e di laboratorio. Noi diciamo no al "comunque e dovunque" ed un sì al "mirato e necessario". I medici di medicina generale sono fondamentali in questo percorso, perché conoscono più di tutti i loro mutuatati. Si auspica un ritorno all'insegnamento, poi, e alla conoscenza della semeiotica, elemento basilare - a volte ci si scorda - della clinica;

3) problema ecografia: bisogna incentivare l'attività intra moenia;

4) problema TAC e Risonanza Magnetica: bisogna ovviare alla carenza di medici radiologi, aumentando la formazione attraverso una maggiore collaborazione tra università ed aziende sanitarie.

Occorre tener conto della situazione geografica e logistica in cui viviamo, di non sempre semplice gestione. Sarebbe quindi auspicabile l'attuazione del servizio di elisoccorso.

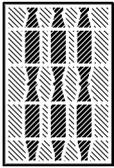
Altri punti critici sono l'istituzione delle RSA, cioè delle residenze sanitarie assistenziali. Dove farle? Un'idea sarebbe negli ospedali di comunità, dove si potrebbero potenziare i punti nascita ed ottimizzare i laboratori e la radiodiagnostica.

Va sottolineato che nella nostra regione vi sono realtà in cui ospedali di comunità erogano prestazioni di base, pur avendo a disposizione mezzi di un DEA. Questo è un paradosso che ci indica che le risorse sono mal distribuite, e la soluzione sarebbe di centralizzare verso ospedali di DEA quello di DEA è. Per capirsi e far capire, per DEA e DEU si intende un Dipartimento Emergenza Accettazione, o Dipartimento Emergenza Urgenza, un ospedale che ha una terapia intensiva e sub intensiva, una rianimazione, una cardiologia, una pediatria, un'ostetricia, un'ortopedia e una neurologia, oltre ai reparti di medicina e chirurgia.

Un altro punto sono le alte specialità da sviluppare, quante, quali, dove. Allo stato attuale c'è una grande richiesta dell'alta specialistica, e molti si rivolgono fuori regione. È chiaro che la Regione Umbria, benché piccola, per migliorare i propri servizi, necessita di una risposta adeguata alla domanda. Ne deriva che la cardiocirurgia e la neurochirurgia potrebbero essere due realtà garanti delle vicissitudini dei cittadini della nostra regione.

I punti di eccellenza ci debbono essere, e quelli che già ci sono - perché ci sono - debbono essere tutelati e potenziati, sia che appartengano all'area chirurgica che all'area clinica.

È evidente e forse pleonastico affermare che non affermare che non ci debbono essere doppiati, ma una forte volontà di collaborare e di fare sistema per ottimizzare il servizio

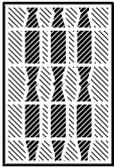


sanitario, in un territorio di piccole dimensioni, e per poter rispondere alla domanda esterna. È superfluo dire che la buona gestione porterebbe al risparmio, ma è indispensabile e impensabile non investire sull'alta tecnologia e sulla ricerca, sulla vera ricerca, che è il futuro della medicina.

Altra problematicità è data dalla cura delle malattie cosiddette complesse. Noi sappiamo che con l'allungamento della vita si sta verificando, e si verificherà sempre di più, il forte aumento della presenza contemporanea in un solo individuo di varie malattie, specialmente croniche, con le conseguenti complicanze, onde occorre obbligatoriamente la presenza di uno staff medico specialistico eterogeneo in un unico luogo - e sottolineo: in un unico luogo - così si ridurrebbero notevolmente, oltre le spese, disastrosi ed impensabili spostamenti del malato, offrendo un adeguato servizio.

Le "allarmanti" proiezioni da qui fino al 2010 mostrano un forte incremento degli *over 70*. Questo quadro ci indica un urgente bisogno di una rivisitazione e sviluppo delle strutture sociali per gli anziani. Non si può pensare solo a nuove case di riposo, ma bisogna sviluppare il servizio di assistenza domiciliare e il servizio di assistenza domiciliare integrata, e la progettazione e lo sviluppo di residenze per anziani. Questi sono obiettivi che, se raggiunti, saranno in grado di migliorare la qualità della vita dell'anziano, attraverso la promozione ed il mantenimento dell'autonomia personale, grazie anche ad interventi riabilitativi, occupazionali e di integrazione sociale. Si tutelerà la condizione psicofisica e sociale, e si avrà il superamento delle condizioni di isolamento, mantenendo la persona nel proprio contesto familiare ed ambientale, evitando, quando è possibile, l'istituzionalizzazione ed i ricoveri impropri.

Un discorso a parte merita la telemedicina. Secondo la Commissione Europea, organizzatrice, tra l'altro, dell'ETO, l'Osservatorio delle applicazioni mediche della telematica, la medicina è l'integrazione, il monitoraggio e la gestione dei pazienti, nonché l'educazione dei pazienti o del personale, usando sistemi che consentano un pronto accesso alla consulenza di esperti e alle informazioni del paziente, indipendentemente da dove il paziente o le informazioni risiedano. I campi di applicazione della telemedicina sono numerosissimi e in continua evoluzione, dalla cardiologia (trasmissione di tracciati elettrocardiografici) alla



radiologia (immagini radiografiche computerizzate), dalla dermatologia (foto digitali di lesioni cutanee), all'anatomia patologica, dalla ginecologia (monitoraggio in gravidanza) all'odontoiatria, etc., praticamente ogni branca della medicina può avvalersi di questo strumento per migliorare l'esercizio dell'attività clinica, assistenziale e didattica. Basta un cellulare per veicolare i dati da un elettrocardiografo portatile ad una centrale di ascolto, e permettere una diagnosi a casa in tempo reale.

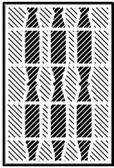
Applicare la telematica in ambito medico significa infatti rispondere con tempestività alle esigenze diagnostiche (telediagnosi) e terapeutiche (teleassistenza) di cittadini distanti dalle strutture sanitarie, o comunque impossibilitati a muoversi da casa; fornire una risposta valida ed efficace in caso di malati cronici o anziani, e un supporto indispensabile nelle urgenze (telesoccorso); favorire l'aggiornamento scientifico (teledidattica) e il collegamento interattivo tra medici (videoconsulto) con condivisione dinamica di informazioni, cartelle cliniche digitali, tracciati diagnostici, immagini biomediche che si muovono in tempo reale e con la massima definizione.

Ne consegue una concreta interrelazione tra le strutture cosiddette minori o più deboli e quelle maggiori o specialistiche. Oltre ad avere utilità in campo strettamente clinico e didattico, la telemedicina può contribuire all'ottimizzazione della gestione del sistema sanitario, mediante varie applicazioni di tipo amministrativo. Attraverso la creazione di una rete telematica di strutture sanitarie è possibile, infatti, ottenere informazioni sulla disponibilità dei posti letto, sull'accesso alle liste di prenotazione - troppo spesso caratterizzate da ritardi - sulla gestione delle cartelle cliniche con gli adeguamenti accorgimenti per la tutela della privacy, dei referti medici etc..

Questo si traduce in un sensibile miglioramento sia della qualità dei servizi al cittadino, che si sente più garantito, sia delle condizioni di lavoro del personale, che accede più facilmente alle informazioni.

Non ultimo, nell'ottica di una congrua riorganizzazione del sistema sanitario, l'utilizzo delle tecnologie informatiche, snellendo le procedure e migliorando i servizi offerti, contribuisce a garantire anche un contenimento della spesa sanitaria.

Altra problematica di grande attualità sono le malattie infettive emergenti e riemergenti. Le malattie infettive emergenti sono quelle dovute a infezioni nuove e non conosciute in



precedenza, che causano problemi di sanità pubblica tanto a livello locale che internazionale. Le malattie infettive riemergenti sono quelle dovute alla ricomparsa e all'aumento di infezioni già note, ma la cui morbosità era scesa a livelli tali da non essere più considerata un problema di sanità pubblica.

Inoltre, le malattie infettive riemergenti ricompaiono, purtroppo, spesso, in proporzioni epidemiche. Diversi fattori contribuiscono all'emergenza e alla riemersione delle malattie infettive; i più frequenti sono legati al numero crescente di persone che vivono e si muovono sulla terra; altre cause, invece, includono il deterioramento delle infrastrutture di sanità pubblica, non più in grado di soddisfare le esigenze della popolazione, e l'emergenza di fenomeni di resistenza batterica agli antibiotici, in seguito al loro uso improprio.

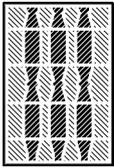
Questo, che ai più potrebbe sembrare non grave, invece nasconde una grande pericolosità, e comprende un attento controllo e censimento della popolazione e un approccio adeguato alla diagnosi rapida, e una terapia appropriata in strutture idonee.

Qui si allaccia un altro fondamentale principio, che è quello dell'educazione sanitaria, che è poco diffusa e quindi insufficiente. L'educazione sanitaria è un procedimento che si avvale di possibilità di apprendimento programmatico, onde consentire ai singoli individui di prendere con piena cognizione di causa decisioni su problemi connessi alla salute e di metterli in atto.

Nelle scuole occorre, pertanto, incoraggiare forme di insegnamento, di apprendimento, di relazioni umane, di abitudini alimentari e di adottare stili di vita favorevoli alla salute.

Una parte del Piano Sanitario deve prendere in forte considerazione l'educazione sanitaria, è un investimento. La scuola è un ambiente di importanza vitale per l'acquisizione da parte dei giovani di un modo di vivere sano, ma esistono anche altri ambienti nei quali l'educazione sanitaria ricopre una funzione altrettanto basilare, in particolare le collettività locali, gli ospizi, gli ospedali e i luoghi di lavoro.

La prevenzione costituisce quindi il più importante, complesso e articolato progetto a favore della salute di una popolazione. La sua realizzazione, che presuppone il riconoscimento che i determinanti dello stato di salute si estendono ben oltre le possibilità di intervento dei servizi sanitari, impone un'assunzione di responsabilità da parte di tutti, operatori e cittadini, tanto a livello individuale che collettivo.



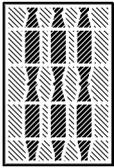
Sono grato, infine, al collega Bonaduce, Presidente della Commissione Sanità, per avere inserito negli incontri partecipativi l'argomento "umanizzazione dei servizi", tema scottante e di grande importanza. Bisogna sempre ricordare che la persona malata versa in uno stato di necessità, si trova in certi luoghi non per scelta, ma per stato di necessità; quindi senza scomodare il famoso Patch Adams, un sorriso, delle semplici parole, essere disponibili in corsia, e non solo, sono fondamentali, oltre i tecnicismi, per l'aspetto terapeutico delle persone (e le chiamo persone). Tutte le persone malate bisognano di un rapporto cordiale. So benissimo - perché sono anch'io un medico, come il collega Antonini e il collega Bonaduce - che alcune volte non è facile, ma quando le situazioni per vari motivi sono difficili è ancora più necessario instaurare un rapporto umano tra il malato e lo staff medico e paramedico.

#### **ASSUME LA PRESIDENZA IL VICE PRESIDENTE PIETRO LAFFRANCO.**

**PRESIDENTE.** Ha chiesto di parlare il Consigliere Di Bartolo, ne ha facoltà.

**DI BARTOLO.** Io credo che questo sia uno degli atti più importanti del Consiglio regionale, e cercherò di [motivarlo] per il suo significato. Prima di andare su alcune osservazioni di merito rispetto al Piano sanitario regionale in senso stretto, vorrei fare alcune osservazioni di tipo generale che, a mio parere, sottendono bene il valore di questo atto.

Innanzitutto, e qui guardo ai colleghi dell'opposizione, non può sfuggire che quest'atto si inserisce in un contesto di attacchi continui al servizio pubblico. Ricordo che già nel governo dell'Ulivo la Lombardia accese un modello alternativo a quello del Governo nazionale, i cui esiti conosciamo: una fortissima apertura al privato, con l'esito di un disastro finanziario. Oggi ci troviamo invece in una situazione un po' particolare, ma con una stessa filosofia: una sostanziale assenza di politica, che nella sostanza è una politica contro il servizio pubblico, che si esplicita di fatto nel restringimento dei flussi finanziari ai servizi sanitari regionali; il ricorso, sempre più annunciato, al sistema privato delle assicurazioni e [delle attività], esperienza peraltro che abbiamo visto ben testata nell'esperienza precedente, quella della

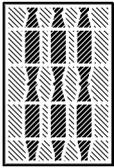


Lombardia, con un contesto di bilancio nazionale molto duro, che vede incertezze del governo nelle politiche e nelle scelte. È evidente lo scontro tra Tremonti e Fini, da questo punto di vista, tra un impatto duro rispetto alle politiche pubbliche, economiche e sociali, e chi è attento, anche se in una logica vecchia, al consenso sociale.

Esito di queste [relazioni] sarebbe uno scenario già visto: da un lato, una massiccia esclusione di milioni di persone dai servizi pubblici, regioni con forti dislivelli nei servizi, una crescita molto forte della spesa privata, ma della spesa complessivamente; a fronte di un Paese, l'Italia, che ha tra i più bassi tassi di impegno della spesa sanitaria rispetto al prodotto interno lordo, pur se - e di questo noi ci assumiamo la responsabilità - la spesa sanitaria va tenuta sotto controllo, come dinamica. Questo atteggiamento, a mio parere, pone anche una questione di grande rilevanza, che cozza contro politiche generali che io voglio dire di carattere europeo, perché il diritto ai servizi sanitari è un diritto che ormai è assunto dentro le comunità europee. Voglio ricordare con alcune battute che, al di fuori del conflitto capitale-lavoro, dell'esperienza delle socialdemocrazie, della costruzione dei grandi servizi dello Stato sociale, anche i grandi Paesi con forze di conservazione moderate hanno sempre avuto grande attenzione a queste politiche, cioè le politiche della coesione sociale e della sicurezza.

Voglio fare un esempio molto attuale: oggi chiunque di noi, aprendo il giornale, ha notato che rispetto alla sanità, in Germania - che quindi, evidentemente, oltre il colore degli schieramenti, è sentito come patrimonio generale comune - c'è stata una convergenza rispetto agli elementi di criticità tra il governo socialdemocratico di Schroeder e l'opposizione. Vedo in questi segnali non tanto un consociativismo vecchia maniera, italiana, ma un sentire comune dello Stato rispetto a grandi questioni che riconoscono nei servizi e nella sicurezza sociale un valore generale ed universale.

Non a caso le politiche europee non sono solo politiche basate sulla crescita del PIL; parlano di sviluppo, ma anche di coesione e sostenibilità. Insomma, la qualità sociale di un Paese non è solo un indicatore economico (produzione industriale e PIL), ma un insieme di fattori e di indicatori che segnalino una crescita nella quale la qualità sociale e la sostenibilità ambientale sono valori. In questo senso il nostro Piano..., qui c'è anche una sfida molto attuale rispetto al Governo nazionale..., l'Ulivo, Rifondazione Comunista, la maggioranza di



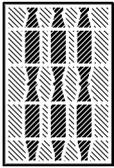
governo ha incentrato questo Piano su due principi: il primo, il tentativo, dentro un contesto nazionale molto duro, di garantire universalità dei servizi, e quindi non fare distinzioni di reddito o di censo rispetto all'accesso, e una responsabilizzazione della gestione finanziaria - la cosiddetta buona gestione - pur dentro i limiti dati, che sono testimoniati dagli equilibri di bilancio. Quindi, buona gestione, serietà nella gestione, e mantenere alto il livello dei servizi universali.

Quindi il Piano va letto sostanzialmente dentro un'idea di fondo, più che una serie di osservazioni molto di dettaglio e di merito. In questo piano, a mio parere, c'è il tentativo di rileggere l'organizzazione dei servizi in base alla domanda, ai bisogni dei cittadini; in primo luogo, una grande domanda che avanza è quella degli anziani, e dall'altra parte vi è la tumultuosa evoluzione tecnica e scientifica della medicina, perché un buon servizio sanitario deve tenere conto anche dell'evoluzione della scienza. È una sfida politico-programmatica che credo questa maggioranza, in questi anni, abbia assunto in piena consapevolezza; è una maggioranza coesa, perché sa che su questo si gioca molto della qualità dell'Umbria.

Io credo che siano tre, fondamentalmente, gli elementi su cui confrontarci; il primo... altro che tagli; poi, con la stessa coerenza fanno i comitati nei territori, gli stessi che sostengono i tagli, in quest'aula, della Casa delle Libertà. Qui c'è necessità di accelerare, come disegna il modello di Piano sanitario, una riorganizzazione dei servizi che sia finalizzata a dare risposta alla domanda innanzitutto sul piano del lavoro, perché è sulla qualità dei servizi che va recuperata l'efficienza e il recupero delle risorse, più che tagli generalizzati, che come ci ha dimostrato la storia, la pratica amministrativa e politica, producono solo esclusione e non modificano la qualità dell'assetto dei servizi. C'è da ridisegnare in questo senso un nuovo rapporto (---) tra ospedale e territorio, e creare, qui sì, integrazione e continuità di assistenza.

C'è necessità di investire in tecnologie, perché dicevo prima che non c'è qualità nel servizio pubblico se non si è aggiornati nei punti indicati dal sistema sanitario, dagli assetti dei servizi, con punti di eccellenza dove si concentrano le tecnologie; inoltre, occorre far sì che nelle specialità dei servizi che si offrono alla comunità regionale vengano anche individuati la scommessa e l'investimento in punti di eccellenza per bacini extraregionali.

Insomma, è dentro questi tre criteri, a mio parere, che vanno rilette le logiche, le sottolineature, anche le criticità che, ad esempio, venivano messe nella discussione, nel

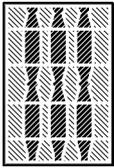


dibattito, come la questione dell'accorpamento degli ospedali, il rapporto ospedale-territorio, il rapporto tra Aziende Ospedaliere ed azienda territoriale e, non ultima, cosa che ho poco sentito, il rapporto con l'università e con il privato. Io credo che per non fare una discussione ideologica, sia con l'università che con il privato, è proprio rispetto alla disponibilità vera..., non come ricavarsi nicchie di mercato, ma come ricavarsi nicchie di mercato dentro una programmazione che punti in modo molto chiaro ad obiettivi di qualità per la sanità regionale.

In buona sostanza, credo che la sfida, che noi accettiamo, verso una politica di destrutturazione del servizio sanitario nazionale da parte di questo Governo è una sfida politica che chiede più politica sanitaria. Credo che in questo senso - e qui vorrei rispondere ad alcuni colleghi dell'opposizione, intorno al tema dei direttori - il segnale che si è voluto dare rispetto a questo potere tecnico molto importante è quello di riaffermare, davanti alla legittimità della massima autonomia e responsabilità che questi soggetti hanno, che questa autonomia e responsabilità non va letta come separatezza, deve essere ricondotta come possibilità di (---) migliore per realizzare la politica sanitaria. Quindi la rotazione che si è scelta di fare è per dare un'idea che non vi era nessuna identificazione personale tra un direttore e un'azienda, ma sono risorse e competenze messe a disposizione del sistema sanitario per realizzare obiettivi trasparenti di politica sanitaria per la nostra regione.

Credo che, con questa consapevolezza, noi non dobbiamo celebrare nessun autoincensamento del nostro sistema, ma guardare con fiducia allo scontro politico nazionale, essendo convinti che il nostro progetto sanitario corrisponde pienamente, da un lato, agli obiettivi e ai valori della coalizione; ma siamo anche convinti - e forse qui c'è un po' di presunzione - che corrisponda ai bisogni diffusi della gente. Questa fiducia consapevole nasce dal fatto che comunque abbiamo alle spalle risultati sicuramente coerenti con questi obiettivi, certamente con dei limiti e delle insufficienze - nessuno pensa di essere perfetto, ci mancherebbe altro - però siamo convinti che gli atti che sono alle nostre spalle, l'impegno profuso e i risultati maggiori sono un accredito sicuramente importante per darci fiducia rispetto a questa sfida.

**PRESIDENTE.** Ricordo ai colleghi Consiglieri che per ora sono iscritti a parlare il collega



Bocci, il sottoscritto e il Consigliere Ripa di Meana. Credo che sarebbe auspicabile che il Consiglio decidesse l'orario di chiusura dei lavori, immagino al termine di questi tre interventi.

**BOCCI.** No, andiamo avanti.

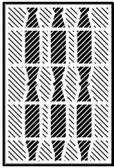
**PRESIDENTE.** Collega Bocci, ho raccolto parecchie opinioni in questo senso, ma il Consiglio, che in questo caso è sovrano, può benissimo decidere nel senso da lei... Però auspicherei che la discussione, nell'interesse di tutti, si prenda... anche l'Assessore ci diceva di preferire di replicare domattina. Quindi, prima di dare la parola al collega Bocci, sentiamo anche il collega Liviantoni, se ha obiezioni.

**BOCCI.** Ma ci sarà la chiusura della discussione e l'intervento dell'Assessore questa sera?

**PRESIDENTE.** L'Assessore preferirebbe intervenire domattina. Chi non è d'accordo è sufficiente che lo dica. Se non ci sono interventi in senso contrario, il Consiglio chiuderà i propri lavori al termine dell'intervento del collega Ripa di Meana, tranne che si iscriva qualcun altro a parlare, comunque al termine della discussione generale. Collega Bocci, prego.

**BOCCI.** Io non so se è il caldo o la mancanza di aria condizionata, ma la discussione di oggi, lunga e articolata, a me è parsa piuttosto rituale; ha visto protagonista, sin qui, una maggioranza che ha illustrato e difeso il suo progetto e un'opposizione che, probabilmente, non avendo elaborato un progetto alternativo, si è limitata a un retorico esercizio di critiche abbastanza frammentarie. Manca proprio la volontà di contaminarsi. Il collega Donati era al mio fianco; per paura di ritrovarsi in uno schieramento politico sbagliato, ha provveduto immediatamente a cambiare posizione. Però un dibattito come questo meriterebbe, a mio parere, uno sforzo maggiore da parte di tutti gli schieramenti.

Prendendo in prestito da Pirandello, si potrebbe titolare "a ciascuno il suo"; questo è un po' quello che ho notato nel dibattito di oggi; invece occasioni di questo spessore, che



finiscono quasi per caratterizzare una legislatura, come ha ricordato il collega Di Bartolo, meriterebbero una pluralità di attenzione, che legittimamente, ad esempio, il centrodestra a livello nazionale, collega Laffranco, invoca sul semestre europeo, dove l'Italia esercita un ruolo primario.

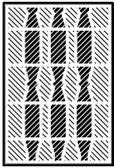
Dico questo perché, a mio parere, primaria è l'attenzione del cittadino rispetto al diritto alla salute, e di conseguenza primario è il dovere delle forze politiche di concorrere a questo bene. Devo dire che probabilmente abbiamo tutti quanti mancato un appuntamento, invece, dove si poteva misurare un livello di maturità e di confronto politico per provare ad arrivare, su uno strumento di questa importanza, con una convergenza che non doveva significare una qualsiasi forma di consociativismo, ma un contributo, perché, appunto, si tratta di dare una risposta al diritto più importante, quello alla salute, che viene riconosciuto e rivendicato dai nostri concittadini.

Poi, vorrei sottolineare un'altra debolezza che ho notato nel dibattito, un approccio che risente ancora dei campanili del territorio, piuttosto che dell'interesse globale dell'Umbria, che ci chiede uno slancio meno municipalista e più regionale, per provare veramente a costruire un progetto che è il progetto del sistema nel suo complesso, e non di questo o di quel territorio, di questo o di quel campanile, magari anche l'uno contro l'altro.

Anche la discussione di oggi a me conferma la necessità di non arrivare mai a qualsiasi forma di sistema elettorale che frammenti l'Umbria in tanti piccoli collegi, perché un sistema di questo tipo non farebbe altro che aumentare e consolidare un approccio dell'eletto con le questioni che vengono in discussione in quest'aula, che risentono appunto di questa mancanza, di questa mancata sensibilità globale del territorio umbro.

La proposta di Piano mi convince, lo dico con molta sincerità; mi convince perché questa proposta si muove su due linee che considero importanti. La prima è una linea di rigore, che ribadisce la necessità di tenere insieme credibilità degli strumenti della finanza regionale con la necessità di garantire una qualità dell'offerta sanitaria di questa regione. Il secondo convincimento deriva dal fatto che trovo nel Piano una continuità progettuale, che naturalmente parte dal fatto che quello che fino ad oggi è stato fatto non è qualcosa di lontano dai migliori livelli di offerta sanitaria nel contesto nazionale.

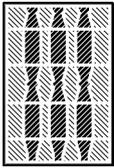
Ritorno alla mia prima sottolineatura: potevamo fare di più e potevamo contribuire tutti in



misura maggiore ad una votazione finale forse anche di unanimità. Se voi, la domenica, tra i giornali prendete Il Corriere della Sera, sapete che c'è un inserto bellissimo sulla salute. Da un po' di tempo l'inserto sulla salute del Corriere della Sera, ad un certo punto, a metà, per una pagina intera, elenca rispetto ad un certo tipo di malattia quali sono le dieci strutture in Italia che danno la migliore risposta. Se voi notate quell'inserto, l'Umbria c'è quasi sempre, e le strutture umbre risultano sempre tra quelle che riescono in termini di qualità e di specialità a dare le risposte migliori ai bisogni di quella fattispecie. Basta guardare il penultimo inserto, (l'ultimo, se non sbaglio, era sul diabete), ed addirittura la risposta dell'Umbria stava sopra a quella di un famoso istituto come il S. Raffaele di Milano, ma possiamo citare altri esempi. Allora, questo livello di sanità, che a mio parere è il risultato di una programmazione seria, noi dobbiamo continuare a metterlo all'interno dei nostri sforzi e dei nostri strumenti di programmazione, così come fa, onestamente, questa proposta di Piano sanitario.

Ma vorrei ricordare ai colleghi che l'Umbria si muove in un contesto - era la prima linea di convincimento che ricordavo poc'anzi - che è quello di rigore e di credibilità nell'utilizzo delle risorse, ed anche di un rapporto diverso con i cittadini dell'Umbria, se è vero come è vero che non soltanto questa regione nel contesto nazionale risulta come una delle due regioni che ha chiuso in pareggio gli anni 2001 e 2002, e continuerà probabilmente a farlo anche in avanti, fermo restando che aspettiamo una risposta dal Governo nazionale, quella sul contratto di lavoro. Ma l'Umbria ha dimostrato ormai questa linea tendenziale a chiudere gli esercizi in uno stato di salute che è sotto gli occhi di tutti, tanto che viene citata dalle stesse analisi del Governo nazionale come una delle regioni che sta dentro ai parametri e ai rapporti che vengono dati.

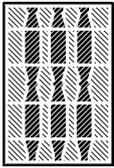
Allora credo che noi dobbiamo, accanto a questo motivo di soddisfazione, anche ricordare come questa regione, a differenza di altre, non abbia messo ticket regionali sui farmaci e sulle prestazioni, e come questa regione non abbia fatto ricorso all'aumento dell'IRPEF per la sanità, a differenza della stragrande maggioranza delle regioni, che hanno fatto ricorso a questa tassa sulla pelle dei cittadini, come il ticket, e hanno fatto ricorso contemporaneamente all'uno e all'altro strumento; cioè, contemporaneamente hanno fatto ricorso ai ticket e all'incremento dell'IRPEF. Allora non credo che questi dati testimonino quel giudizio negativo, che magari con troppa determinazione, direi, lo schieramento di



centrodestra ha cercato oggi di dare sul Piano sanitario. E lo dico adesso che è ritornato il collega Rossi - non lo avrei fatto, se non c'era, ma visto che è ritornato, lo faccio - che bisogna essere seri nell'analisi perché non si può contemporaneamente affermare, come ha fatto il collega Rossi, che sulla strada degli accorpamenti dei servizi e sull'individuazione di sedi uniche si procede a passo di lumaca - la questione del ruolo dei piccoli presidi è stata sollevata più di vent'anni fa, sostiene il collega Rossi, e non è stata ancora risolta - e contemporaneamente il collega Rossi è firmatario di un emendamento con il quale si dice di non intervenire sulle due strutture ospedaliere di Città della Pieve e di Castiglione del Lago! No, collega Rossi, un minimo di serietà e di credibilità nell'impostazione politica e nel giudizio credo che noi dobbiamo averla.

Questo non significa - e lo dico al collega Rosi, al quale riconosco, tra l'altro, soprattutto negli ultimi tempi, un'azione di coraggio nel ricercare l'innovazione e il cambiamento - che noi abbiamo sistemato le nostre cose, e che la spesa sanitaria oggi è così sotto controllo che possiamo dormire serenamente; io credo invece che dobbiamo insistere in quell'azione di governo per rafforzare un'azione di monitoraggio continuo della spesa, con riferimento soprattutto ai centri di costo più significativi, e da questo punto di vista credo che sia condivisibile l'elemento che sta dentro alla proposta di Piano, che in qualche modo cerca, attraverso la centralizzazione di alcuni servizi, di razionalizzare la spesa e di tenerla sotto controllo, perché questo è il compito che spetta alla Regione dell'Umbria, e compete anche alla Regione dell'Umbria esercitare un ruolo di monitoraggio e di controllo rispetto all'esercizio che viene svolto, nell'autonomia e nella libertà, da parte delle aziende sanitarie e delle Aziende Ospedaliere.

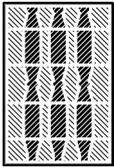
Come non possiamo non apprezzare..., e lo dico soprattutto ai colleghi che hanno più volte ricordato lo sforzo che è stato fatto in questa regione per riportare la spesa farmaceutica all'interno di parametri indicatori compatibili con quell'analisi che abbiamo fatto; e vorrei ricordare come abbiamo in questa regione, negli ultimi tempi, stabilizzato intorno a quel 13% che è stato fissato dal Governo come tetto complessivo della spesa farmaceutica rispetto alla spesa sanitaria, io credo che anche questo sia il risultato di una politica seria, coraggiosa, rigorosa, così come dimostrano alcuni dati, che sul 2002 ci danno un risparmio complessivo di quasi 40 miliardi di vecchie lire. E senza voler fare polemiche e senza voler



fare riferimenti, io credo che questo sia un risultato straordinario, se accanto a questa analisi ci mettiamo il fatto che non c'è alcun ticket che è stato applicato, perché altre regioni, collega Rossi, come la sempre citata ed amata, sicuramente non da me, ma dalla vostra parte politica, Lombardia, non hanno trovato altra innovazione che quella di mettere un macigno sulla testa dei cittadini con un ticket pesante; malgrado tutto questo, la spesa farmaceutica non sta dentro gli obiettivi e gli indicatori che invece è riuscita a giungere questa regione senza ticket e senza incidere sull'IRPEF. E potrei citare l'esempio del Lazio, le ultime notizie, pubblicate proprio in questi giorni: malgrado i diffusi, pesanti e straordinari ticket che il Presidente Storace ha regalato ai cittadini del Lazio, la spesa farmaceutica non solo non viene contenuta, ma continua a crescere.

Allora io credo, cari colleghi, che alcuni obiettivi che stanno dentro questa proposta di Piano siano condivisibili e raggiungibili. Ho sentito parlare di alta specialità, ed anche da questo punto di vista sarei più prudente nel dire che siamo all'anno zero, se è vero che la mobilità in questa regione segna un risultato "+"; e se il risultato è "+" rispetto alla gente che va fuori dall'Umbria, è un segno che un contributo, per quello che c'è ad oggi, viene dato anche dall'alta specialità. Come non ricordare le ultime intuizioni progettuali che stanno rappresentando dei veri momenti di grande crescita dell'Umbria? Se penso al progetto sulle cellule staminali, se penso al progetto sul centro nazionale e internazionale del diabete, se penso al potenziamento del centro di trapianto renale, sono testimonianze queste che, insieme ad altre offerte di particolare qualità, come la cardiocirurgia, noi possiamo dire che, tenendo conto della necessità per una regione come l'Umbria, di tenere insieme spesa ed offerta sanitaria, noi riusciamo a garantire e a rendere sostenibile alcune alte specialità. Questo significa che dobbiamo continuare a lavorare per individuare altre specialità, che devono stare, però, a mio parere, in un rapporto di sostenibilità e di necessità, perché noi dobbiamo intanto provare a fare un lavoro, che è appunto quello di portare questa regione in un contesto avanzato all'interno dell'offerta sanitaria nazionale.

Ed anche su questo un paio di raccomandazioni mi sento di fare. Una all'Assessore: quando si parla di alta specialità, dobbiamo parlare di sistema regionale; noi dobbiamo lavorare perché non ci sia quella tentazione, che spesso in questa regione abbiamo avuto, anche in passato, di continuare a lavorare su troppe sovrapposizioni. L'alta specialità è una



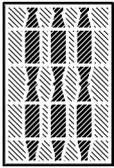
cosa che, dove sta, sta, è l'alta specialità dell'Umbria. La seconda raccomandazione la faccio a me stesso, ma anche ai cittadini dell'Umbria: il costo dell'alta specialità, se sta a Perugia o sta a Terni, non è un costo che può pesare soltanto sui cittadini di Perugia o di Terni; l'alta specialità rivendica una solidarietà regionale, perché è un'offerta che riguarda tutta la comunità regionale.

Allora, rispetto a queste due vicende - sovrapposizioni no, e solidarietà regionale sì, per investimenti anche tecnologici sull'alta specialità - io credo che noi dobbiamo dimostrare, di non essere tanto i rappresentanti dei singoli territori, ma di essere, oggi, qui, in questo consesso, Consiglieri della Regione dell'Umbria.

Vado alla conclusione, dicendo due cose. La prima: io trovo nella proposta di Piano alcuni elementi di innovazione molto importanti. Leggevo prima sul Il Giornale il decalogo "Mangiare bene e vivere a lungo"; su questo tema, che oggi viene annunciato, giustamente, anche da parte degli stessi rappresentanti del Governo nazionale come un punto avanzato di essere classe dirigente di governo, però vorrei dire che su questa cosa l'Umbria già da tempo si è incamminata verso questa direzione, tanto è vero che questo è uno dei capitoli innovativi del Piano che è stato sottoposto all'attenzione dei colleghi Consiglieri, perché siamo sempre più convinti che oggi si può e si deve parlare sempre più di malattie sociali. E quando si parla di malattie sociali che incidono sulle grandi patologie di questo secolo, sappiamo bene che un decalogo come questo è qualcosa che va nella direzione di educare e prevenire; educare un popolo ad una corretta alimentazione, prevenire alcune malattie e incidere, quindi, sostanzialmente, alla fine, sulla spesa complessiva del sistema sanitario e sull'offerta sanitaria.

Quindi ritengo che, quando il collega Rosi ha voluto inserire all'interno del Piano questo capitolo, è stato per ricordare come temi come quello della tracciabilità, della trasparenza nel rapporto tra produzione e consumatore rappresentino temi attuali che stanno bene in una proposta di Piano che è proiettato nel tempo e rappresenta, a mio parere, un elemento di innovazione rilevante.

L'ultima considerazione: noi dobbiamo ricordare che questa Regione ha investito molto sulla medicina del territorio, sulla sanità non solo quella ospedaliera e sulla necessità di integrare sempre più e sempre meglio il ruolo del distretto all'interno di una articolazione

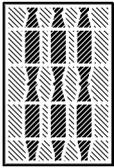


funzionale, che deve privilegiare prestazioni sanitarie e l'integrazione di queste con quelle sociali. Avere ribadito questo concetto e questa articolazione all'interno del Piano Sanitario, a mio parere, è un fatto importante, un raccordo costante e continuo anche tra i distretti, quindi contenitori dell'offerta sanitaria del territorio e gli enti locali e le realtà più rappresentative della comunità locale. Questo è un altro tema che sicuramente non possiamo affrontare oggi, intorno al quale, però, credo sia giunto il momento di aprire una riflessione coraggiosa anche in questa Regione.

La sanità non è soltanto qualcosa che, una volta date le linee di indirizzo, il controllo da parte dei rappresentanti del popolo dove non c'è più. Noi dobbiamo provare, tenendovi spinti i ruoli e le competenze, però di assegnare a chi in qualche modo esercita un diritto, una democrazia, un rapporto tra amministrati e amministratori, questo rapporto deve stare dentro ad un livello di concertazione, di contributo, di consenso anche perché credo che ragionare in termini di separatezza netta, pensando che, una volta date le linee di indirizzo, poi compete a qualcun altro senza alcun controllo, senza alcuna vigilanza democratica il problema è risolto, io credo sia sbagliato.

Siamo passati da un periodo dove la politica si era appropriata in maniera abusiva di ruoli, di competenze ad un momento, però, chi democraticamente esercita la funzione rischia di essere estraneo completamente alle vicende che riguardano il proprio territorio, il rapporto dei servizi con i cittadini e quindi rischiamo di trovarci con un vuoto di democrazia.

Per questo concludo dicendo che condivido, a differenza dei colleghi di opposizione, a differenza del collega Laffranco, che ancora non è intervenuto e che interverrà dopo, ma che so bene che non la penserà come me, condivido quanto ha fatto la Giunta regionale e l'Assessore Rosi in riferimento alle ultime vicende per le nomine dei Direttori Generali. È stato un ruolo serio di governo da parte della Giunta regionale, la Giunta regionale ha avuto il coraggio di ribadire il primato delle istituzioni e le istituzioni vanno salvaguardate fino in fondo e chi ha la responsabilità di decidere deve avere la libertà, la autonomia di poterlo fare. La Giunta regionale, a mio parere, con la vicenda delle nomine dei Direttori Generali ha dato una dimostrazione di autonomia e di libertà.

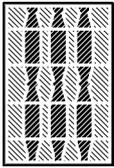


## **ASSUME LA PRESIDENZA IL PRESIDENTE CARLO LIVIANTONI.**

**PRESIDENTE.** Grazie, Consigliere Bocci. Consigliere Laffranco, prego.

**LAFFRANCO.** Che onore parlare dopo il collega Bocci! Ma è anche difficile di fronte a cotanta esperienza e cotanta capacità politica. Comincerò da dove ha finito lui e da dove non avrei mai voluto cominciare: dai Direttori Generali, perché qui pare che si scherzi.

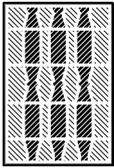
Dopo dirò chi parla: "già entro luglio si concluderà la prima fase dei lavori, a partire da quella data noi opereremo i primi trasferimenti dell'ospedale di Monteluce al Polo unico. 28 maggio 2003. Alessandro Truffarelli, Direttore dell'Azienda Ospedaliera". Che pensava di essere confermato, proprio come lo pensava il Sindaco Locchi. L'ho detto l'altra volta, lo ridico perché mi fa piacere di ridirlo, perché è giusto che voi lo risentiate con una certa ridondanza, quando una televisione locale, due ore dopo che l'Assessore Rosi e la Presidente Lorenzetti avevano effettuato le nomine, ancora andava sostenendo la riconferma del dott. Truffarelli. Il che, al di là della vicenda un po' ironica, ci fa dire che comunque qualche preoccupazione per il futuro del Polo unico ospedaliero regionale, come dice l'Assessore Rosi, "la più grande struttura tra Roma e Firenze", forse sarebbe stato meglio fare il più grande aeroporto tra Roma e Firenze, ma comunque di questo parleremo in altra sede. Però così è andata. Voi dite: è stato un esempio, lo diceva Bocci, di autonomia e di libertà. In verità, una parte di ragione Bocci ce l'ha, il problema qual è? Che nel rivendicare autonomia e libertà avete coniugato questa autonomia e libertà delle istituzioni con la gestione del potere da parte dei partiti e di alcuni esponenti delle istituzioni. Perché se fosse stato solo il fatto di far girare, far turnare, modificare, cambiare incarichi in cui qualcheduno stava da 10, 12 anni, io avrei detto bene, benissimo; siccome, però, a questa valutazione, che probabilmente avete fatto, avete aggiunto anche esigenze di natura spartitoria, perché qualcheduno non aveva mai avuto un direttore generale, collega Bonaduce, perché qualcun altro, collega Bocci, ambiva a quello dell'Azienda Ospedaliera, perché qualcun altro ancora comunque dice: io ne prendo io, però poi prendo un po' di direttori... adesso voi autonomia e libertà, nella autonomia e libertà avete costruito, con una perfetta applicazione del manuale



Cencelli, la nuova gestione della sanità. Non possiamo fare a meno di osservarlo, vedremo se però i risultati vi daranno ragione, poi io non voglio neanche condannare in toto, certo, non potete ammantarvi dell'aver fatto delle scelte che non possono essere criticate intanto sul piano del metodo, su quello del merito confesso che non voglio farlo oggi perché se sarà necessario lo faremo successivamente.

Un altro paio di battute che concedetemi prima di entrare nel merito, ho avuto la fortuna di parlare dopo Bocci e quindi mi voglio un po' divertire. Dice Bocci: la pluralità di attenzione al diritto alla salute, il concorso dell'opposizione, l'approvazione unanime del Piano Sanitario. Ma tu, caro Bocci, ricordavi la vicenda del semestre europeo, io ti voglio dire questo: non mi pare che l'opposizione a livello nazionale abbia avuto questo atteggiamento collaborativo, mai e poi mai voi a livello nazionale sareste state capaci di fare ciò che stanno facendo in Germania, dove si stanno dando da fare per approvare una grande riforma della sanità con concorso di maggioranza ed opposizione. Guai a Dio! Quando siete in maggioranza lo chiedete, quando siete all'opposizione rifiutate sempre, e questo, ahimé, non è smentibile con i fatti. C'è un atteggiamento da parte della sinistra soprattutto, quando è in maggioranza, e ce n'è un altro quando è all'opposizione, quando è alla opposizione barricadera, quando è alla opposizione quasi rivoluzionaria, quando è alla opposizione protetta, contesta, "girotondizza", accusa e quant'altro, quando è in maggioranza: approviamo insieme, date il vostro concorso, facciamo le cose nell'interesse, di chi?

Dovremmo cercare di tenere un atteggiamento coerente, non si può chiedere questo genere di atteggiamento quando si ha un altro genere di atteggiamento su decine di altre vicende. Detto questo, non manca il nostro concorso, non è mancato quello dei nostri autorevoli membri della Commissione competente - Rossi, Crescimbeni e Sebastiani - non è mancato quello di altri colleghi che sono voluti andare in Commissione, non sta mancando oggi, poi siete giustamente, ci mancherebbe altro, liberi di dire che diciamo sciocchezze, che diciamo cose infondate, che diciamo cose incoerenti, lo diciamo noi di voi spesso, quindi ben ci mancherebbe. Però sia mancato il concorso, siamo forse per la prima volta intervenuti pressoché tutti su questo che è un argomento così importante e complesso. Poi ultima battuta al collega Bocci: Bocci cita "Il Corriere della Sera", io citerò "Panorama", perché non si può citare solo la fonte che più ti fa piacere. "Il Corriere della Sera" cita, dici tu, io devo dire

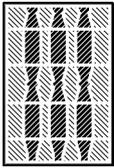


che la domenica non mi sveglio in tempo per comprarlo e quindi non so cosa dica nel dossier salute, che certamente sarà fatto bene; ho, però, una consistente raccolta contenuta in "Panorama" di diversi numeri fa, in cui, differenziandoli per settori della medicina, cita le situazioni di eccellenza che ci sono in Italia (per la radiologia Pavia etc.), devo dire che l'ho riguardata ieri sera perché comunque ero quasi certo che mi sarebbe tornata utile, c'è un caso su 15 fascicoli in cui viene citato l'ospedale di Perugia, confesso che non mi ricordo quale, però sono pronto a fare ammenda e portarla al collega Bocci in regalo con una scatola di Baci Perugina, in modo che possa fare una media tra le eccellenze de "Il Corriere della Sera" e le diseccellenze di "Panorama", e forse non ne verrà fuori poi tutta questa situazione.

Venendo al Piano Sanitario in forma di merito, credo che non possiamo cominciare questa breve analisi non dicendo una cosa importante. Lo stesso Bocci dice: c'è una continuità progettuale tra il vecchio e il nuovo. Se c'è una continuità progettuale tra il vecchio e il nuovo, mi auguro che non ci sia una continuità di 'balle', ho usato forse un termine troppo forte ed allora mi scuso, non ci sia una continuità di dati sballati, che non sono balle ma sono dati perlomeno imprecisi, o comunque che la Giunta regionale precedente e quella attuale... ma parecchi di voi sono gli stessi e quindi in qualche modo una qualche forma di responsabilità politica l'avrete pure, Assessore Girolamini, Assessore Monelli, Assessore Rosi, penso che ci sarete anche la prossima volta se rivincerete, Bocci non ne parliamo, quindi una qualche continuità di responsabilità.

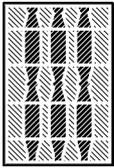
Diceva il vecchio Piano Sanitario: ad esempio, ipotizzava una notevole diminuzione dei posti letto di degenza ordinaria da 3.000 a 186 nel '98, a 2.587 nel 2000, scendendo addirittura a 3.8 per mille; di fatto nel '99 ci siamo fermati a 3.136, nel 2000 a 2.905 contro un altro genere di previsione, nel 2001 a 2.926; addirittura la delibera 311 del '95 auspicò di portare i ricoveri da 207.000 a 140.000, nel '99 si sarebbe dovuti raggiungere questo indice di ospedalizzazione con una diminuzione del 25%, i dati dimostrano che erano tutte previsioni che se non erano sballate non sono state comunque rispettate, tanto per fare qualche esempio.

Allora io dico: se c'è continuità progettuale, però mi auguro che non ci sia continuità nello scrivere una serie di dati come minimo precisi, come massimo che non siete stati in grado di rispettare, Assessore Rosi, e in precedenza Assessore Locchi, lo stesso Locchi che non



sapeva della nomina di Meniconi. Io non ce l'ho con nessuno personalmente... Ne parleremo, e tuttavia quindi dicevo questi dati fantascientifici non si è stati in grado di raggiungerli, i posti letto sono diminuiti pochissimo, ammesso poi che la diminuzione dei posti letto sia utile, sì, certamente, per diminuire la spesa ospedaliera e spostare risorse verso il territorio e i servizi essenziali, ma d'altro canto, un eccessivo turnover potrebbe poi però portare un sovraccarico di servizi medici infermieristici, territoriali dei vari centri salute, alcuni dei quali già fortemente carenti anche sotto il profilo dell'organico e quindi non è detto che quella sarebbe comunque la ricetta, voi l'avete indicata ma non l'avete in qualche modo applicata. Credo che comunque non sia un elemento di poco conto.

D'altronde, anche la vicenda delle risorse, io ho un altro articolo, sempre lo stesso perché era una bella intervista dell'Assessore Rosi sul "Sole 24 Ore", non capita sempre di andare, proprio accanto a Truffarelli. ...(*Assessore Rosi fuori microfono*)... Vantava l'Assessore Rosi un elemento forte della politica sanitaria, cioè il cosiddetto "pareggio di bilancio", Assessore Rosi, noi al patto di Fiuggi, al patto del Sagrantino... ora non mi ricordo più quanti patti avrete fatto sulla sanità con la Presidente Lorenzetti e gli altri Presidenti delle Regioni, non ci eravamo e francamente eravamo un po' anche invidiosi perché c'erano il nostro Storace ed altri e quindi anche noi avremmo voluto partecipare. Ma lei non deve mai dimenticare e i suoi colleghi neppure quanti miliardi il Governo (tanto vituperato di Berlusconi ed anche di Fini, un po' meno) abbia inviato a questa regione sotto forma di contributo per ripianare i buchi di bilancio sanitario che voi, perché noi non abbiamo mai governato, ahimé forse per nostro demerito, avete creato negli ultimi anni. Bisognerebbe avere un po' di pudicizia nel rivendicare un pareggio di bilancio che si è realizzato, nonostante voi abbiate portato incrementi nella spesa sanitaria nell'ultimo triennio con una media di aumento di circa il 10% annuo, Assessore Rosi, non rivendicate questo come un elemento saliente e forte della vostra politica sanitaria perché dovrete, come minimo... io non saprò leggere, ma certamente è inequivocabile che voi abbiate coperto buchi di bilancio con contributi estremamente consistenti nell'ordine di qualche centinaio di miliardi inviati dal Governo... Sì, ma tu li hai utilizzati, non avevi diritto a quel genere di contribuzione, che tra l'altro hai ottenuto perché facevi riferimento, tra gli altri, anche ad un criterio relativo alla presenza di un alto



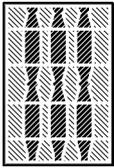
numero di anziani in Umbria, quegli stessi anziani verso i quali hai scarsa attenzione, almeno ebbi la compiacenza di ricordare - perché poi non credo che sia possibile andare avanti di questo passo - come questi miliardi che il Governo Berlusconi ha inviato, tra l'altro, li ha inviati e voi Consiglieri regionali, amici, colleghi del centrosinistra avevate appena fatto un manifesto che di fatto incolpava il Governo Berlusconi e i poveri Consiglieri, tanto scarsi, incapaci di leggere, di avere fatto diminuire gli stanziamenti per la sanità dell'Umbria. Siete stati capaci politicamente di fare una operazione francamente, ve lo dico, antipatica, almeno questo consentitemelo, ci avete accusato di concorrere alla clamorosa diminuzione del flusso finanziario proveniente da Roma a noi, il flusso finanziario è arrivato, adesso il merito è vostro che avete conseguito il pareggio. Io lo dirò in termini che possono apparire persino poco seri, però il dato di fatto, francamente, Assessore Rosi, è questo, non credo che ci siano possibilità di smentita da parte sua, poi l'aumento di spesa potrà essere di un decimale in più, di un decimale in meno, poco mi interessa francamente in questa sede, se non ribadire che del pareggio di bilancio lei e la sua Giunta non possiate andare fieri, questo mi pare un dato inequivocabile. ...lo abito in Umbria e già è tanto che mi occupo del pro quota dell'Umbria, mi vuole far occupare della Basilicata, Assessore Rosi? Mi vuole far occupare della Campania, per caso, dei rifiuti di Bassolino? No.

**PRESIDENTE.** Consigliere Laffranco, la pregherei di proseguire nel suo intervento.

**LAFFRANCO.** Ha ragione, però devo dire che francamente a quest'ora può anche essere concessa una breve digressione...

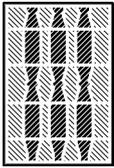
**PRESIDENTE.** Quest'ora diventa faticosa per lei e per tutti.

**LAFFRANCO.** Tenendo, peraltro, presente un altro elemento su cui, devo dire la verità, adesso guardo il collega Bonaduce e in qualche modo sorrido compiaciuto nei suoi confronti, a luglio scorso, poco prima delle ferie estive, ebbi modo di aprire il mio computer in ufficio e di vedere l'ennesima ACS di Rifondazione Comunista: era l'ineffabile amico e collega di tifo



comune Stefano Vinti, il quale si scagliava contro il possibile ingresso del privato nella sanità umbra, e ce l'aveva sostanzialmente con lei, Assessore Rosi, debbo avere da qualche parte qua tra i miei mille appunti questa ACS, se la trovo, gliela farò con piacere vedere. Quindi questa battaglia Rifondazione l'ha condotta con coerenza, io devo dire che non la condivido, noi non la condividiamo, avremmo ritenuto che un maggior coinvolgimento del privato nella gestione della sanità fosse auspicabile, che alcuni servizi fossero attribuibili, che alcune strutture fossero più coinvolgibili. Questo non è stato, io non so se sia stata una scelta politica dell'Assessore Rosi, so che ciò rivendicava Rifondazione Comunista è stata accettata da tutta la maggioranza. C'erano non so se tre o quattro righe sull'intero Piano Sanitario di oltre 200 pagine che facevano riferimento ad un presunto coinvolgimento del privato, già presunto perché con tre, quattro righe era un coinvolgimento un po' 'leggerino', però di fatto ormai nulla c'è di più. Questa è una scelta di fondo che, a nostro avviso, è una scelta non condivisibile.

D'altronde, io ho sentito rivolgere critiche forti ad alcuni modelli stranieri, quasi attribuendo a noi il fatto, collega Antonini, di condividere modello americano, modello inglese. Devo dire che io non ho mai sentito un esponente di Alleanza Nazionale dire che condivideva il modello della sanità americana, francamente tutto ci si può dire, tanto ci si può dire, ma questo no, questo lo respingiamo con forza, questo noi non l'abbiamo mai detto. Perché il diritto alla salute è un diritto serio, è un diritto sacrosanto, è un diritto potrei dire primario e noi questo, collega Antonini, lei devo dire che surrettiziamente ha cercato di indurre nel dibattito un elemento inesistente, inconsistente, la nostra condivisione di modelli che non abbiamo mai condiviso. Diversa la condivisione del nuovo modello introdotto dalla Regione Lombardia, che avrà pure qualche problema finanziario, ma io vi invito - siccome voi fate tanto riferimento alla presunta qualità dell'Umbria, a proposito della quale i famosi indici di valutazione della qualità, se qualcuno ce li facesse vedere visto che sarebbero anche previsti dalla legge in materia generale di sanità, noi saremmo anche contenti di vederli - a fare una gitarella in Lombardia e chiedere ai cittadini della Lombardia se sono soddisfatti del nuovo modello sanitario pubblico/privato introdotto dalla Giunta regionale di centrodestra e dall'Assessore di Alleanza Nazionale Carlo Borsari. Io non voglio dire che tutti gli umbri dicono che la sanità in Umbria va male, ma vi invito ad andare a chiedere ai cittadini lombardi, compresi alcuni cittadini magari di sinistra se per caso non hanno tratto giovamento da questo nuovo modello



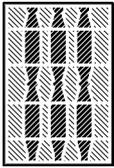
sanitario, se per caso non si sono eliminate alcune liste di attesa, se per caso alcuni servizi sono di maggiore qualità, se per caso i centri di eccellenza sono cresciuti, se per caso c'è stata una razionalizzazione della spesa, certo sempre elevata, molto elevata, ci mancherebbe, ma perché quella dell'Umbria non è elevata? Ma perché forse il deficit umbro senza i ripianamenti nazionali non sarebbe in percentuale come quello della regione Lombardia, con forse una qualche differenza sotto il profilo della qualità?

Un Piano Sanitario che, nonostante (io me lo sono segnato perché mi piaceva questa espressione), alcune "pignolerie" contenute nella redazione dello stesso, manca di affrontare alcune decisioni, Assessore Rosi. In cui alcune decisioni non sono state prese e non sono state indicate. Tutta la vicenda delle risorse, che è centrale, non viene affrontata effettivamente, Assessore Rosi, le decisioni, le scelte politiche nel Piano non ci sono, intanto sotto il profilo delle risorse, poi sotto il profilo delle decisioni inerenti al futuro del Polo Unico.

Noi ci siamo soffermati sulla vicenda con riferimento alla nomina del direttore generale, ma in fondo è un elemento, seppure importante, non prioritario, ma quali sono le scelte contenute nel nuovo Piano Regionale Sanitario in merito al futuro del Silvestrini? Un Piano Sanitario, tra l'altro, fatto in assenza della convenzione con la Facoltà di Medicina, e non credo che ci siano state molte circostanze in cui ciò è poi effettivamente avvenuto.

Né bastano, come dicevo prima con riferimento a quei dati che citavo, alcune espressioni anche autocritiche, alcune ammissioni che il Piano fa in ordine a carenze del passato, tutto sommato sono solo un tentativo di coprire le deficienze che si sono verificate nel passato e le mancate scelte che sono state in qualche modo impostate per il futuro o che non sono, peggio, state impostate.

Noi riteniamo che, in sintesi, esistano numerosi elementi che ci possano indurre ad esprimere un voto contrario con riferimento a varie vicende: dai livelli essenziali di assistenza alle vicende delle liste di attesa, su cui francamente cominciamo a essere quasi stanchi di intervenire con numerosi atti, alla vicenda degli anziani, alla scarsa attenzione nei confronti della disabilità, alle vicende della medicina generale, della guardia medica e del 118. Sono tutta una serie di elementi su cui non abbiamo trovato, sinceramente, un punto di svolta in questo Piano Sanitario. Non abbiamo trovato una organizzazione del servizio sanitario fondata sulle esigenze delle persone e del territorio, non abbiamo trovato, come dicevo

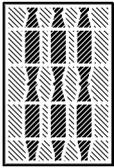


prima, un'apertura al contributo del privato; abbiamo verificato che si vuole esercitare un maggior controllo sugli atti dei direttori generali, senza strumenti, ma semplicemente rimuovendolo. Non ci sono segnali di novità rispetto a scelte che abbiamo visto negli ultimi tempi, quegli atti di immagine, quasi potremmo dire di propaganda, che alcune aziende hanno svolto quasi che sostituissero i servizi al cittadino, immagini, belle attrici. Ognuno sceglie la pubblicità che crede, ma se invece che coinvolgere, magari anche gratuitamente, una bella attrice per una pubblicità, si sostanziasse meglio un servizio al cittadino, Assessore Rosi, noi saremmo più lieti, come saremmo più lieti se si fosse data maggiore attenzione alla valorizzazione dei centri di eccellenza, come se ci fosse stato un migliore utilizzo del personale paramedico, per non parlare, come già dicevo poc'anzi, della scarsa attenzione che c'è stata nei confronti degli anziani, nonostante sia il loro alto numero a consentire a questa regione di percepire un contributo così consistente da parte del Governo nazionale.

Queste mancate scelte in tema di risorse, in tema di Polo unico, insieme a queste altre modeste nostre osservazioni ci inducono ad esprimere un giudizio negativo nel quadro degli interventi che il Gruppo di Alleanza Nazionale ha inteso fare complessivamente intesi che, come ripeto, danno corso ad un giudizio evidentemente negativo su questo atto così importante di programmazione regionale. Grazie.

**PRESIDENTE.** Grazie, Consigliere Laffranco. Consigliere Ripa di Meana, prego.

**RIPA DI MEANA.** Caro Presidente, gentile Assessore Rosi, come tutti coloro che finora hanno parlato, prendo la parola anch'io in una condizione di particolare emozione, a cui non possiamo sottrarci per una condizione esistenziale di tutti e di ciascuno, che è quella di riferirci in questo dibattito ai luoghi dove non solo i genitori, i fratelli, le sorelle, gli amici più cari, noi stessi approdiamo nella difficoltà e nel dolore, ma dove misuriamo direttamente o indirettamente la nostra scelta di vita, questo vale credo per ogni Consigliere regionale, per ogni cittadino, per ogni elettore. E quindi la sanità ha questa densità emotiva, non la salute, la salute è affidata sì alla ricerca contemporanea, ma è anche affidata all'Altissimo, quindi è materia su cui certezze finali è bene non mantenerle.

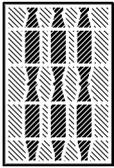


Ma sulla sanità non c'è dubbio che siamo convinti di potere incidere, di poter correggere impostazioni non convincenti, di potere far ascoltare i nostri pensieri, le nostre perplessità, ed anche i nostri dubbi. Quindi è materia altissima, che rifugge per la sua natura dal partito preso, e rifugge dalla strumentalizzazione tattico-politica elettorale. Tuttavia, ed è questo il secondo elemento che rende il nostro dibattito così vissuto, è qualcosa che blocca si dice l'80% del bilancio di questa regione, in altre regioni siamo al 90%, e quindi si riferisce al sistema della creazione e del controllo del consenso. Vedete, una dimensione assolutamente non politica, la prima, una dimensione decisiva politica, la seconda.

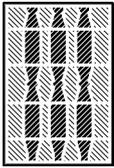
Vorrei segnalare, a chi non avesse avuto il tempo o l'occasione di leggerlo, un fondo molto interessante, "Linea di Confine", pubblicato ieri da "La Repubblica" a firma di Mario Pirani, un osservatore, un analista di cui ammiro dai tempi lontani di una redazione politica in cui lavoravamo ad un tavolo di distanza l'uno dall'altro - parlo de "L'Unità", edizione romana, degli anni '50, lui al sindacale, io agli esteri - oltre che ammiro l'onestà, ammiro anche la finezza della sua analisi. In questo fondino: "Concorsi A.S.L.: vinca il peggiore", "La Repubblica", pag. 14 di lunedì 21 luglio 2003, riferendosi alla situazione in particolare della Toscana, ma affrontando con la Toscana la situazione dell'Emilia e dell'Umbria: "la sanità rappresenta il 90% del bilancio regionale e dunque il nucleo centrale dell'attività della Regione, è quindi naturale che gli amministratori vi dedichino grande attenzione. Purtroppo l'ansia del consenso politico non ha in genere per posta il miglioramento del suo servizio, ma il suo asservimento, la catena di controllo passa attraverso la nomina da parte degli assessori regionali della sanità dei direttori generali delle A.S.L.".

Ora dobbiamo fare qualcosa di molto difficile, essere consapevoli di queste due forze centrifughe, perché l'una è sempre a rischio di essere travolta dalla seconda, la prima, e scegliere bene, riflettere e votare con scienza e coscienza domani. Un proverbio molto antico dice: quando c'è la salute, c'è tutto, e un recente sondaggio Eurisco, pubblicato sempre su "La Repubblica" avant'ieri, il 20 luglio, ci conferma come gli italiani sono sì disposti ad accettare una riforma delle pensioni (sono stato sorpreso di questo sondaggio Eurisco di avant'ieri su "La Repubblica"), ma a condizione che i risparmi vengano investiti in sanità o in servizi sociali.

In Umbria, la storia della nostra regione, a cui ho dovuto cercare di collegarmi, non per



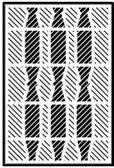
esperienza diretta, ma per lettura e per consultazione, ci insegna come gli amministratori che ci hanno preceduto nei decenni scorsi avevano ben chiara questa prioritaria esigenza dei cittadini. L'Umbria era - vedremo se è - certamente una regione di alta qualità sanitaria. Il prof. Severi di anatomia patologica, il prof. Larizza di clinica medica, il prof. Grilli di radiologia, il prof. Tancredi di ortopedia sono stati dei luminari della medicina italiana, e l'Umbria era l'esempio per il resto d'Italia per qualità, per funzionalità, per efficienza e per cortesia. Certo, ho sentito giustamente rivendicare il punto avanzato della ricerca e delle terapie per i malati di diabete; certo, sono anch'io al corrente di un'altissima qualità per la chirurgia toracica; certo, ho letto dei risultati importanti e molto umbri in materia di medicina del lavoro, però citare i punti migliori non ci esime dal vedere, invece, con spirito di verità i punti di debolezza. Mi pare che la situazione sia purtroppo mutata. Mi pare che vi sia un numero insufficiente di centri di eccellenza, che vi sia un personale distribuito casualmente; mi sembra paradossale, per esempio, che vi siano più medici e infermieri a Foligno di quanti ve ne siano a Perugia, frutto, immagino, di concrezioni storiche dell'amministrazione della sanità. Mi sembra, dopo aver guardato non come un grande esperto, ma come un consigliere regionale di buona volontà, bilancio e Piano Sanitario, che non vi siano fondi adeguati per l'ammodernamento o aggiungo anche solo per una adeguata manutenzione delle strutture, delle apparecchiature sanitarie. Vorrei citare una per tutte la circolare della Direzione tecnico-patrimoniale dell'Azienda Ospedaliera da Perugia di un mese fa del 23 giugno 2003, nella quale si sensibilizza il personale, invitandolo ad aprire con cautela l'anta a ribalta degli infissi dell'ospedale Silvestrini "per evitare cadute improvvise ed imprevedibili causate dalla possibile rottura della cerniere superiori". Dopo questo che è forse un elemento, nella sua estrema inaccettabilità, minore, richiamo un punto su cui vari interventi hanno già detto parole chiare, le ha pronunciate il collega Moreno Finamonti e pochi minuti fa il collega Laffranco. Mi riferisco ad un primato dell'Umbria: non mi pare che vi sia alcun reparto per lungodegenti. Non solo, è stato detto molte volte nel dibattito, ma in una regione sempre più anziana, il 22% sopra i 65 anni contro il 12% sotto i 14 anni, la regione Umbria è sottodimensionata per quanto riguarda i posti letto per riabilitazione e per i posti letto per le Residenze Sanitarie Assistite, oltre che mancante, sempre che io non mi sia avventurato in un clamoroso errore, e di questo sin d'ora chiederei venia e perdono a tutti voi, per qualsivoglia posto di



lungodegenza. Certo, si è fatta la scelta di privilegiare l'assistenza domiciliare, e anch'io mi esprimo contro l'ideologia degli anni '70, che voleva, si disse, ospedalizzare la società. E' apprezzabile questa assistenza domiciliare per chiunque abbia una famiglia disposta ad accogliere ed assistere l'anziano, o comunque l'invalide bisognoso; ma per chi fosse solo, gravemente e permanentemente malato, l'assistenza domiciliare, anche di alcune ore tutti i giorni, come può risolvere i suoi problemi? Lasciate qui che io citi le parole come sempre molto ispiranti di Umberto Veronesi, dedicate al bimestrale "Bioetica", il n. 2, che è ora in distribuzione, e anticipate qualche tempo fa da "L'Espresso": "la trasformazione della famiglia e la proiezione della donna nel lavoro esterno hanno cambiato la situazione". Oggi il malato è un ingombro, tenerlo in casa comporta difficoltà di ordine pratico, dalle quali nessuno, nemmeno il familiare armato delle intenzioni più caritatevoli, può prescindere. Chi ha i mezzi economici assume una badante che lo assiste in casa, o si ricovera addirittura in case di riposo private, che, come ben sappiamo, sono le più costose sul mercato; ma chi fosse indigente quale destino questo Piano Sanitario Regionale intende riservargli? Ricordo a questo proposito che l'Osservatorio regionale sulla povertà risulta aggiornato ai dati del 1997, ma i dati nazionali ci dicono come nel centro Italia la povertà è aumentata dal 6% del 1997 al 9,7% del 2000. Vorrei poi accennare anche alla - che brutta espressione! - 'incidentistica' sul lavoro, sulla quale i servizi di igiene e prevenzione delle A.S.L. dovrebbero vigilare con risultati evidentemente inadeguati, visto che siamo ancora tra le regioni a più elevata incidentistica sul lavoro in tutta Italia.

Vorrei ora passare, avviandomi verso la conclusione, ad esaminare in questa mia posizione problematica, in attesa di conoscere poi domani le osservazioni e non solo le risposte ai miei quesiti, ma quelle complessive dell'Assessore Rosi, vediamo come il Piano tenta di affrontare o sperabilmente risolvere i problemi che ho citato.

Le tabelle con la ripartizione delle spese, mi riferisco a pag. 72 del Piano, non prevedono alcun incremento, sempre che non mi sia clamorosamente sbagliato, di investimenti per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, rimangono al 5% del totale, un incremento di spesa invece è previsto per la "burocrazia distrettuale" sanitaria. Per essa lo stanziamento viene aumentato dal 49 al 52%, aumenta anche l'assistenza di base dal 4 al 6%, mentre calerà la spesa farmaceutica dal 15 al 13%. Aumenterà, invece, l'assistenza



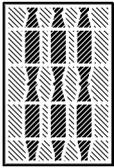
specialistica ambulatoriale dal 13 al 14%, e l'assistenza territoriale residenziale, ma solo per brevi periodi, non c'è un aumento per la lungodegenza, dal 12,5 al 15,5%. Aumentano ancora i fondi per le attività di emergenza dall'1,8 al 2%, calano infine gli stanziamenti per l'assistenza ospedaliera dal 46,7 al 43%, e diminuiscono le altre spese dal 3 all'1,5%.

Io credo, invece, che sia importante ridurre proprio le spese per la burocrazia sanitaria. Aumentare i fondi per quest'ultima dal 49 al 52% è assolutamente non convincente, mi riferisco a 33.000.000 di euro l'anno, quindi una scarsella gonfia. Occorre invece ridurlo, e qui non voglio apparire sfuggente, riducendo le 4 A.S.L. ad una sola A.S.L. e spostando il personale sovradimensionato nei distretti sanitari alle Aziende Ospedaliere ove vi è carenza. Similmente l'assistenza specialistica va spostata sugli ospedali territoriali o su ambulatori privati convenzionati. Anche qui condivido il rilievo formulato dal Consigliere Laffranco or ora, non si capisce questa mortificazione ideologica di un possibile ruolo, sia pure sotto stretto monitoraggio dell'assistenza privata, della clinica e della medicina privata.

Similmente l'assistenza specialistica va spostata sugli ospedali territoriali o su ambulatori privati convenzionati, spostando così le risorse economiche sulla specializzazione ospedaliera territoriale e su almeno una struttura di lungodegenza per gli anziani o gli invalidi più bisognosi. A questo proposito il 46% di spesa ospedaliera è già quasi in linea con gli indirizzi nazionali della Conferenza Stato-Regioni del 45,5%, abbassarle al 43% rischierebbe mi pare di limitare ulteriormente l'ammodernamento e l'adeguamento delle strutture e dei macchinari; occorre, invece, mi pare a parità di stanziamento investire con maggiore accortezza sulle alte specializzazioni evitando gli sprechi e non certo gli investimenti necessari, come purtroppo accade oggi.

Un'unica A.S.L. porterebbe invece numerosi vantaggi sia gestionali che per l'utenza. Sotto il profilo gestionale nei vantaggi possiamo includere: forniture ospedaliere sanitarie unificate, con appalti più competitivi; drastica riduzione della burocrazia inter-A.S.L.; facilità di spostamento di personale medico e non; per l'utenza significa potere accedere in qualsiasi luogo dell'Umbria alle strutture sanitarie più idonee, secondo esigenze personali e sanitarie ed anche nella scelta della struttura secondo la patologia in questione. Inoltre, Assessore Rosi, vagheggio un'unica banca dati sanitaria accessibile all'interno di un'unica A.S.L..

Ritengo infine indispensabile prevedere almeno un progetto per la promozione delle



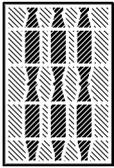
medicines naturali, anche con convenzioni tra A.S.L. e liberi professionisti (penso all'agopuntura, all'omeopatia).

Prima di concludere lasciatemi richiamare la vostra attenzione su due punti: il sistema dei concorsi e delle chiamate. Non voglio condividere il titolo di Mario Pirani, che è un titolo bruciante: "Concorsi A.S.L.: vinca il peggiore", anche perché credo che il sistema in Umbria sia da molti anni ormai sulle chiamate, però se non si possono fare i concorsi, attendo di capire perché non si possono fare dei concorsi per titoli e prove chiaramente dichiarati, però per la chiamata diretta bisogna che i meriti siano di eccezione.

Il 26 aprile 2002 don Pierino Gelmini, Segretario generale della Comunità "Incontro", Molino Silla in Amelia, scriveva al dott. Lombardelli, Direttore generale della A.S.L. 4, e per conoscenza alla Presidente Lorenzetti, all'Assessore Rosi, e al Presidente Bonaduce, proponendo, poiché presso la comunità era in fase di ultimazione, parlo degli edifici ed anche delle tecnologie previste e prenotate, un presidio territoriale a vocazione sanitaria che avrebbe inglobato l'ambulatorio odontoiatrico operante come da convenzione tra l'A.S.L. 4 e la Comunità "Incontro" sin dal '97, chiedeva di avviare insieme questo progetto che a me pare meraviglioso, e pare perfettamente calato, carissimo collega Carlo Antonini, nella tua giusta invocazione del privato sociale. Se in questa regione c'è un privato sociale che ha delle benemerienze incontrovertibili è la Comunità "Incontro". So per certo, perché così si è confidato don Pierino Gelmini, che non ha avuto risposta. Lasciate che io concluda un intervento che ha preso le mosse da questioni generali con un specifico particolare che è nelle vostre disponibilità, nel vostro tempo e credo anche nelle vostre risorse, anche perché il privato sociale vuole fare la sua parte, non vuole parassitariamente cadere nel gilet della sanità pubblica. Ho concluso, vi ringrazio per l'attenzione.

**ASSUME LA PRESIDENZA IL VICE PRESIDENTE PIETRO LAFFRANCO.**

**PRESIDENTE.** Grazie, collega Ripa di Meana. Credo che, Secondo quanto abbiamo stabilito prima, possiamo chiudere la seduta, che riprende domattina alle ore 10.00.



*La seduta termina alle ore 19.16.*